

*Selvitys maahanmuuttajien mielenterveys-  
palvelujen tarpeesta ja saatavuudesta*

*(Selvityksiä 2005:3, vain verkkoversio)*



*Asko Rauta*

*Selvitys maahanmuuttajien*  
**mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta**

---





## ESIPUHE

Toimeksianto tämän selvityksen tekemiseen liittyi Valtioneuvoston selontekoon kotouttamislain toimeenpanosta. Valtioneuvoston selonteossa suositeltiin, että sosiaali- ja terveysministeriö selvittäisi maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeen ja mielenterveyspalvelujen saatavuuden, minkä pohjalta ministeriö voisi ryhtyä toimenpiteisiin terveydenhuollon valmiuksien kehittämiseen maahanmuuttajien mielenterveysongelmien tunnistamiseksi ja hoitamiseksi.

Taustalla oli vakava huoli niin maahanmuuttajien henkisestä hyvinvoinnista kuin myös palvelujärjestelmän kyvystä vastata maahanmuuttajien tarpeisiin.

Lisääntynyt maahanmuuttajien määrä asettaa uusia vaatimuksia julkisille palveluille riittävän, laadukkaan ja tasapuolisen palveluntarjoamisessa kaikille. Palveluiden tulisi olla joustavia ja tarjota monipuolista osaamista jatkuvasti moni-ilmeisemmän väestön erilaisiin tarpeisiin. Aina palvelut eivät kuitenkaan ole vastanneet tarvetta. Toimeksiannossa pyrittiin vastaamaan tähän kysymykseen.

Toimeksiantoon sisältyi asiaan liittyvän taustiedon hankkiminen, mielenterveyspalveluiden saatavuuden selvittäminen haastattelujen, aikaisempien tehtyjen raporttien ja selvitysten avulla, sekä suositusten antaminen jatkotoimenpiteiksi.

Selvitykseen haluttiin eri tahojen näkökulmia ja käsityksiä siitä mikä maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarve on ja miten se tyydyttyy Suomessa. Sen kohteena oli alussa koko maahanmuuttajien laaja heterogeeninen kenttä.

Selvityksen tekemisen myötä toimeksiantoa jouduttiin rajaamaan ja priorisoimaan niihin maahanmuuttajaryhmiin, joiden kohdalla mielenterveyspalvelujen saatavuudessa, niiden tunnistamisessa ja hoidossa tuli esiin selkeitä ongelmia.

Erityisesti pakolaiset ja turvapaikanhakijat nousivat tässä suhteessa selkeästi esiin omana ryhmänään ja myös kaikissa ikäryhmissä.

Selvitys ei ole tieteellinen tutkimus vaan selontekijän näkemys maahanmuuttajien mielenterveystilanteesta Suomessa.

Tämä selvitys ei ole sosiaali- ja terveysministeriön virallinen kannanotto, eikä ministeriön näkemys Suomen maahanmuuttajien mielenterveystilanteesta.

Selvitykseen liitetyt lainaukset ja haastattelut ovat selontekijän vastuulla. Läheskään kaikkea kerättyä materiaalia ei ole liitetty tähän selvitykseen. Materiaalia ei ole myöskään käyty läpi muutamaa poikkeustapauksesta lukuun ottamatta yhdessä haastateltujen tahojen kanssa.

Tämän selvitystyön tarkoituksena oli tuottaa tärkeää ja monipuolista tietoa, joka liittyy maahanmuuttajien asemaan maamme palvelujärjestelmässä, heidän mielenterveysongelmiensa luonteesta ja tämän potilasryhmän kohtaamisesta syntyvistä erityispiirteistä.

Raportin toivotaan osaltaan auttavan uusien toimintamallien kehittämisessä ja maahanmuuttajien terveyden edistämisessä ja sen toivotaan inspiroivan erityisesti tähän väestöosaan liittyvää tutkimusta ja lisäävän kiinnostusta monikulttuurisiin työmenetelmiin. Erityisesti tieteelliseen tutkimukseen on tarvetta.

Selvitys toteutettiin 1.4.2003 - 30.9.2004 välisenä aikana oman toimen ohella. Varsinaista työryhmää selonteon tekemiseen ei ollut.

Toimeksisaajana ja selonteon toimittajana ja toteuttajana on Helsingin Diakonissalaitoksen Kidutettujen kuntoutuskeskuksessa työskentelevä psykiatrian erikoislääkäri Asko Rauta.

Sosiaali- ja terveysministeriön osalta selonteon tilaajana ja valvojana oli ylilääkäri, lääkintöneuvos Sakari Lankinen. Selonteon asiantuntijatyöryhmässä ja taustatukena olivat projektin alkuvaiheessa Väestöliiton projektipäällikkö Anne Alitolppa- Niitamo ja ylilääkäri Sami Pirkola Stakesista.

Monikulttuurisen työn monitoiminnaiselle, Anne Alitolppa-Niitamolle kuuluu erityiskiitos tämän selonteon toteutumisesta.

Lisätietoja selvityksestä

Asko Rauta

Mäkelänkatu 58 - 60, 4 krs,

00510 Helsinki

Puh.(09) 7750 4584

Fax (09) 7750 4502

[asko.rauta@helsingindiakonissalaitos.fi](mailto:asko.rauta@helsingindiakonissalaitos.fi)

## TIIVISTELMÄ

Asko Rauta. Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta. Helsinki 2005. 129 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2005:3) ISBN 952-00-1666-x, ISBN 952-00-1667-8 PDF

Suomessa asui vuoden 2003 lopussa 107 100 ulkomaalaista, joka on nykyisin noin 2 % koko väestöstä. Tämä väestönosan määrä kasvoi tasaisesti ja melko voimakkaasti koko 1990-luvun ajan. Kasvu liittyy selkeästi Suomen pakolaishistoriaan ja eri syistä tapahtuvaan globaaliseen väestön liikkeeseen. Ulkomaalaiset ovat Suomessa voimakkaimmin kasvava väestönosa ja tämän väestönosan kasvu on pysyvä ilmiö. Suomi on vähitellen muuttumassa monokulttuurisesta monikulttuuriseksi yhteiskunnaksi. (Liite 2).

Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen (Vatt) tutkimus vahvistaa sen ennakkokäsityksen, että humanitaarisista syistä Suomeen tulevien pakolaisten on vaikea päästä mukaan normaaliin työelämään. He elävät yleisesti vielä kymmenenkin vuoden päästä työelämän ulkopuolella yhteiskunnan tulosiirtojen varassa eivätkä siis maksa merkittävässä määrin välittömiä veroja. Ulkomaalaiset maahanmuuttajat nähdään edelleen lähinnä yhteiskunnalle aiheutuvana taloudellisena taakkana, harvoin yhteiskuntaa hyödyntävänä voimavarana. (HS pääkirjoitus 14.2.2005)

Maahanmuuttajien henkisestä pahoinvoinnista kuvaavat tilastot mm. korkeasta työttömyysasteesta, korkeista avioeroluvuista ja heidän suuri osuutensa turvakotien asiakkaista. Näillä kaikilla tekijöillä voi olla yhteyksiä mielenterveysongelmiin. Myös syrjäytymisestä ja kontaktin puuttumisesta valtaväestöön on runsaasti viitteitä ja näyttöä.

Kansainvälisten tutkimusten ja selvitysten mukaan mielenterveyshäiriöt ovat tavallisia maahanmuuttajien ja siirtolaishäiriöiden parissa. Ne ovat tavallisia erityisesti pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden keskuudessa, mutta koskettavat kaikkia maahanmuuttajaryhmiä ja eri etnisiä ryhmiä. Näiden tutkimusten mukaan maahanmuuttajataustaiset henkilöt ovat myös aliedustettuna tarkasteltaessa mielenterveyspalvelujen käyttöä. On myös viitteitä siitä, että mielenterveyshäiriöitä tunnistetaan ja hoidetaan huonosti mm. (Kokanovic et al 2001)

Maassamme maahanmuuttajatausta ei tilastoidu terveys- tai mielenterveyspalvelujen käytörekistereihin ja tilastoihin. Meillä ei ole Suomessa luotettavaa tietoa heidän psyykkisestä voinnistaan ja mielenterveyspalvelujen käytöstään. Maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen käyttöä ei seurata erityisesti. Tähän ei ole koettu olevan tarvetta. Aiemmissa maamme mielenterveyspalveluja koskevissa selvityksissä, on vain hyvin vähän tietoa tai mainintoja maahanmuuttajista.

Selonteon puitteissa ei voi antaa kuin suuntaa antavia arvioita. Tilastoja ja nk. kovaa dataa ei ole käytettävissä.

Maahanmuuttajat ovat tämän selonteon perusteella mielenterveyspalvelujen käyttäjinä vielä pieni ryhmä. Yksittäisten arviointien mukaan valtakunnallisesti alueelliset erot ovat suuret. Alueilla, joilla on runsaasti maahanmuuttajia, esimerkiksi Helsingin ja Turun tietyillä asuinalueilla, maahanmuuttajien osuus kaikista mielenterveyspotilaista näyttäisi näiden arvioiden mukaan olevan sitä luokkaa, mikä on maahanmuuttajien osuus koko kyseisen asuinalueen väestönosasta. Myös palvelujen laatu, kattavuus ja palveluiden piiriin pääsy näyttäisivät olevan parempia.

Selonteon perusteella maahanmuuttajilla on monien eri syiden perusteella vaikeuksia saada apua mielenterveysongelmiinsa. Kyseessä on hyvin monitahoinen ongelmakenttä, eikä se pelkästään liity palvelujärjestelmään tai yhteen yksittäiseen tekijään. Maahanmuuttajia hoidettaessa mielisairauksien laajempi ymmärtäminen on keskeistä.

Selonteko maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tilasta ja saatavuudesta omalta osaltaan vahvistaa aiemmin tehtyjä havaintoja maahanmuuttajaväestön keskuudessa: Yhtenevästi esiin tulee samansuuntaisia huomioita eri asiantuntijoiden taholta. Potilaitten omat kokemukset tukevat myös näitä havaintoja. Haastattelujen pohjalta kertyneet havainnot ovat keskenään yllättävänkin yhdensuuntaisia ja ne tukevat selkeästi niitä havaintoja mitä on tehty mm. Australiassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa, siis maissa joissa on pitkä, vuosikymmenien kokemus monikulttuurisesta työstä, maahanmuuttajista ja siirtolaisväestöstä.

Mielenterveyshäiriöiden hoito onnistuu parhaiten lähellä kotia. Parhaimmat tulokset saadaankin pelkästään maahanmuuttajien palvelujen tarjoamiseen keskittyneessä yksikössä, jossa on kertynyt kokemusta esimerkiksi tulkin käytöstä psykoterapiaterapiatyössä.

Maahanmuuttajilla itsellään on lukuisia eri tekijöitä, jotka voivat estää tarpeenmukaisen hoidon. Tekijät liittyvät leimaantumisen pelkoon, häpeään, kulttuurisiin tekijöihin, tapoihin, tiedon puutteeseen ja väriin uskomuksiin.

Vaikeimmassa tilanteessa ovat Euroopan ulkopuolelta tulevat maahanmuuttajat, jotka joutuvat käyttämään tulkkia, ja ovat kulttuurisesti ja ulkonäöllisesti valtaväestöstä huomattavan poikkeavia. Tämä tulee esiin niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa.

Pakolaisten ongelmat mielletään usein nimenomaan maahantuloon liittyviksi, vaikka kyseessä on koko elämänkaaren ajan kestävä traumaattinen prosessi, joka voi aktivoitua akuutiksi henkiseksi sairaustilaksi missä tahansa elämän muutostilanteessa. Tällaisia muutostiloja ovat esimerkiksi äkillinen sairastuminen, onnettomuus tai kuolemantapaus, lasten kotoa muutto tai eläkkeelle jääminen. Traumoilla on usein seurauksia toiseen jopa kolmannen sukupolven asti. Ensimmäisen polven pakolaiset eivät useinkaan integroidu täysin toimintakykyisiksi kansalaisiksi.

Selonteon perusteella julkinen erikoissairaanhoito kykenee hoitamaan maahanmuuttajia vain rajoitetusti. Tavallisin ongelma on tiedon puute ja sen kulku. Työryhmille ei ole myöskään syntynyt riittävää kokemusta ja rutiinia maahanmuuttajien kohtaamisesta. Perusterveydenhuolto joutuu ottamaan nykyisin keskeisimmän vastuun myös maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarjoamisesta.

Kunnissa, joissa on ulkomaalaisyksikkö tai muuten keskitetympi maahanmuuttajien terveydenhuolto, on tilanne parempi. Samoin niissä kunnissa, joissa toimii moniammatillinen työryhmä, maahanmuuttajien mielenterveydenongelmia tunnistetaan paremmin jo perusterveydenhuollossa. Parhaimmassa tapauksessa hoitoketjut ovat olemassa, jolloin dialogi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä toimii esimerkiksi sairaalaan toimitamisen ja kotiuttamisen yhteydessä sekä jatkohoitoja suunniteltaessa.

Valitettavasti arkitodellisuus ei ole näin hyvä ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä esiintyy vakavia tietokatkoja. Hoidon porrastus ei toimi tai sitä ei ole alueellisesti riittävästi mietitty. Hoidon ja palvelujen saatavuus vaihtelee kohtuuttoman paljon, jopa saman kunnan alueella. Maahanmuuttajia ei ole selkeästi mielletty palvelujen tarvisi-



joksi. Olemassa olevista voimavaroista ei ole keskitettyä tietoa ja resurssihenkilöt eivät ole parhaassa mahdollisessa käytössä.

Maahanmuuttajien mielenterveysongelmia hoidetaan useassa tapauksessa jäykästi samoin periaattein kuin valtaväestöä. Tämä kuvaa hyvin suomalaisen terveydenhuollon palvelujärjestelmän tilaa ottaa huomioon myös muita erityisryhmiä kuin maahanmuuttajat.

Koulutettuja tulkkeja on vähän ja tulkkien ammattitaito on kirjava. Esimerkiksi psykoterapiatyöskentelyyn kykeneviä tulkkeja on vähän. Tulkkien koulutusta tulisi lisätä pikaisesti ja erityistä huomiota olisi kiinnitettävä heidän pätevyysvaatimustensa parantamiseen, lisä- ja jatkokoulutukseen, työnohjaukseen ja työssä jaksamiseen.

Hoitohenkilökunnalla on maahanmuuttajista harvoin riittävästi tietoa, joka liittyy heidän aikaisempiin arkisiin olosuhteisiinsa. Niihin liittyvät heidän tapansa, uskomuksensa, sääntönsä ja kulttuurierot. Sairaana tai psykoottisen käyttäytymisen erottaminen kulttuuriin liittyvästä ”normaalista” käyttäytymisestä voi olla tämän vuoksi vaikeaa. Kulttuuritulkkeja ja maahanmuuttajien parissa olevien resurssihenkilöiden määrää tulisi heti kartoittaa ja heitä tulisi kouluttaa ja ottaa voimavarana rohkeasti käyttöön.

Suomessa tarvitaan kiireesti tutkimusta, joka kuvailisi tarkemmin maassamme asuvaa maahanmuuttajaväestöä ja heidän terveydentilaansa. Suomeen saapuvat ja täällä asuvat maahanmuuttajat ovat keskenään ja toisilleen hyvin heterogeeninen joukko ihmisiä. He ovat saapuneet maahan eri lukuisista eri syistä. Heistä ja heidän terveydentilastaan ei ole toistaiseksi olemassa luotettavaa tietoa ja yhtenäisiä mittareita, jotka kuvaisivat heidän tilan-  
nettaan tai esimerkiksi terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttöä. Vielä vähemmän on tietoa heidän mielenterveyden ongelmistaan ja heidän kohtaloistaan palvelujärjestelmässä.

Maahanmuuttajien parissa työskentely vaatii omaa erityisosaamista, perehtyneisyyttä ja kiinnostusta. Tarvitaan vaativaa erityispätevyyttä ja alueellisia tai valtakunnallisia työryhmiä. Työskentely vaatii moninaisia taitoja kuten monikulttuurista osaamista, tietoa pakolaisuuteen liittyvistä terveysriskeistä, tietoa tähän väestönosaan liittyvistä psyykkisistä sairauksista ja traumaattisista prosesseista ja lopulta tietoa eri viranomaismenettelyistä, jotka ovat olennaisia hoidettaessa erityisryhmiä.

Tarvitaan alaan liittyvää koulutusta, joka on puutteellista tai olematonta maassamme. Suomessa ei ole riittävästi tai lainkaan yliopistotason monikulttuurista koulutusta terveydenhuollon ammattilaisille. Tähän väestöryhmään liittyvä terveystietämys on maassamme vähäistä. Maahanmuuttajatyö tarvitsee lisäresursseja koulutukseen ja koulutushenkilöstön palkkaamiseen.

Nykyisin suurin ja pitkäaikaisin kokemus maahanmuuttajien palvelujen mielenterveystarjoamisesta on julkisen sektorin ulkopuolisilla tahoilla, kuten esimerkiksi Helsingin Diakonissalaitoksen Kidutettujen kuntoutuskeskuksella ja Suomen Mielenterveysseuran SOS – palvelukeskuksessa, sen Ulkomaalaisyksikössä.

Suomessa on vain muutama pelkästään maahanmuuttajatyössä toimiva psykiatrian erikoislääkäri. Ala on harvojen käsissä ja siksi myös erityisen haavoittuva. Tämä epäkohta tulisi korjata pian.

Pakolaisuus on koko elämän kestävä trauma, joka ei rajoitu maahantuloon ja siihen liittyvään aikaan. Kotouttamislaki luo tässä suhteessa virheellisiä mielikuvia niin maahanmuuttajille itselleen kuin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle.

Toinen vakava huomio on, että potilaat ovat hyvin eriarvoisessa asemassa palvelujen suhteen riippuen siitä ovatko he kotoutumislain piirissä vai eivät. Kotouttamislain piirissä olevilla maahanmuuttajilla on paremmat mahdollisuudet käyttää kohdennettuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Suomessa yli kolme vuotta olleet pakolaiset jäävät tämän järjestelmän ulkopuolelle, samoin sen ulkopuolella ovat henkilöt, jotka ovat tulleet maahan ennen lain voimaantuloa.

Maahanmuuttaja-termillä viitataan puhekielessä (=lähes aina turvapaikanhakija, pakolainen tai paluumuuttaja), kun puhutaan maahanmuuttajan terveydestä. Maahanmuuttajille tarkoitetuissa ulkomaalaispalveluyksiköissä kohdataan pääsääntöisesti juuri näitä ryhmiä. Muut maassa olevat ulkomaalaiset jäävät selkeästi näiden kohdennettujen palvelujen ulkopuolelle. He joko selviytyvät elämäänsä hyvin ja osaavat käyttää julkisia tai yksityisiä terveydenhuoltopalveluja tai ovat pahimmillaan kaikkien palvelujen ulkopuolella. Maahanmuuttajaterminologian käytössä sinänsä ja sen hallinnassa on suuria puutteita ja tämän kansalaistaidottomuuden korjaamiseen tarvitaan toimenpiteitä.

**Asiasanat:** erikoissairaanhoito, maahanmuuttajat, mielenterveys, mielenterveyspalvelut, pakolaiset, perusterveydenhuolto, resurssit

## REFERAT

Asko Rauta. Utredning om invandrarnas behov av och tillgång till mentalvårdstjänster. Helsinki 2005. 129 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115; 2005:3) ISBN 952-00-1666-x, ISBN 952-00-1667-8 PDF

I slutet av år 2003 bodde 107 100 utlänningar i Finland, vilket idag utgör ca 2 % av hela befolkningen. Denna befolkningsandel växte stadigt och relativt kraftigt under hela 1990-talet. Tillväxten hänger tydligt samman med Finlands flyktingpolitiska riktlinjer och de globala befolkningsrörelser, vilka av olika skäl äger rum. Utlänningarna är i Finland den kraftigast växande delen av befolkningen och tillväxten inom denna grupp är ett bestående fenomen. Finland håller gradvis på att ändras från ett monokulturellt till ett mångkulturellt samhälle. (Bilaga 2).

Man kan läsa om bakgrundsvariabler, utveckling och sysselsättning i bl.a. följande källor: (Söderling 1998)

Forskningen inom Statens ekonomiska forskningscentral (VATT) bekräftar förhandsuppfattningen att flyktingar som anländer till Finland av humanitära skäl har svårt att bli delaktiga i det gängse arbetslivet. Ännu efter tio år lever dessa generellt utanför arbetslivet och på samhällets inkomstöverföringar och betalar alltså inte direkta skatter i någon större utsträckning. Utländska invandrare betraktas fortfarande i första hand som en ekonomisk börda för samhället, sällan som en resurs som gagnar samhället. (HS ledare 14.2.2005)

Faktorer som beskriver invandrabefolkningen i olika statistiker, till exempel deras sysselsättningsgrad eller sociala förhållanden, tyder också indirekt på psykisk ohälsa och lidande hos denna befolkningsgrupp. Detta gäller särskilt flyktingar och personer som tagits emot i Finland av humanitära skäl. Nämnade faktorer torde även ha direkt samband med deras mentala problem. Det finns också många tecken på utslagning och brist på kontakter med majoritetsbefolkningen.

I samband med utredningen gav man sig inte in på att medvetet indela olika invandrargrupper efter ursprungsland.

Enligt internationella undersökningar och utredningar är mentala störningar dock vanligt förekommande bland invandrare och immigranter. Dessa är vanliga särskilt bland flyktingar och asylsökande men berör samtliga invandrargrupper och olika etniska grupper. Enligt dessa undersökningar är personer med invandrabakgrund också underrepresenterade när man granskar användningen av mentalvårdstjänster. Det finns även bevis på att mentala störningar konstateras och behandlas dåligt, bl.a. (Kokanovic et al 2001).

I Finland förs ingen statistik över invandrabakgrund för användarregister och statistik över hälsovårds- eller mentalvårdstjänster. Vi saknar tillförlitlig information om invandrarnas mentala tillstånd och deras användning av mentalvårdstjänster. Man följer inte särskilt upp invandrarnas anlitanade av mentalvårdstjänster. Man har inte upplevt något behov av detta. Det finns ytterst lite information eller omnämnanden om invandrare i tidigare utredningar om mentalvårdsservicen i landet.

Inom ramen för denna utredning kan man enbart ge ungefärliga siffror. Statistik och s.k. hårddata finns inte att tillgå.

På basis av denna utredning är invandrarna som användare av mentalvårdstjänster fortfarande en liten grupp. Enligt enstaka uppskattningar är de geografiska skillnaderna stora i riket som helhet. Inom områden med många invandrare, t.ex. vissa bostadsområden i Helsingfors och Åbo, förefaller invandrarnas andel av samtliga mentalvårdspatienter enligt dessa uppskattningar vara av samma storlek som invandrarnas andel av befolkningen inom det aktuella bostadsområdet. Även servicekvaliteten, täckning och tillgång till tjänsterna tycks vara bättre.

Vården av mentala störningar lyckas bäst nära hemmet. Man uppnår de bästa resultaten vid en enhet som koncentrerat sig på att erbjuda tjänster för enbart invandrare där man har samlat erfarenheter av till exempel tolkanvändning vid psykoterapiarbete.

Det finns åtskilliga faktorer hos invandrarna själva som kan utgöra hinder för nödvändig vård. Faktorerna sammanhänger med rädsla för att bli stämplad, skam, kulturella faktorer, sedvanor, brist på information och felaktiga föreställningar.

Situationen är svårast för de invandrare som kommit från länder utanför Europa, som behöver använda tolk och avviker avsevärt från majoritetsbefolkningen både i fråga om kultur och utseende. Detta visar sig i såväl primärvården som den specialiserade sjukvården.

Flyktingarnas problem uppfattas ofta ha direkt samband med invandringen trots att det är fråga om en traumatisk process som varar genom hela livsrytmen och kan aktiveras till ett akut mentalt sjukdomstillstånd i samband med en förändring i livet. Sådan förändring är till exempel plötsligt insjuknande, en olycka eller ett dödsfall, barnens utflyttning hemifrån eller pensionering. Trauman har ofta följder fram till andra eller till och med tredje generationen. Första generationens flyktingar integreras sällan till fullt fungerande medborgare.

På basis av utredningen förmår den offentliga specialiserade sjukvården att vårda invandrare i begränsad omfattning. Det vanligaste problemet är information. Vårdteamen har inte fått tillräcklig erfarenhet och rutin för att bemöta invandrare. Primärvården tvingas ta ansvar även för att erbjuda mentalvårdstjänster för invandrare.

I kommuner där det finns en utlänningsenhet eller en annars mera koncentrerad hälso- och sjukvård för invandrare är situationen bättre. På samma sätt fastställs i kommuner med ett yrkesövergripande vårdteam mentala problem bättre redan inom primärvården. I bästa fall är vårdkedjorna i ordning då dialogen mellan den specialiserade sjukvården och primärvården i anslutning till överföring till sjukhuset och utskrivning samt vid planeringen av fortsatt vård fungerar.

Tyvärr är vardagsverkligheten inte så här bra och det förekommer allvarliga kommunikationsproblem mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Differentieringen av vården fungerar inte alltid eller så har man inte tänkt igenom den regionalt tillräckligt nog. Tillgången till vård och tjänster varierar orimligt mycket, till och med inom samma kommun. Man har inte klart upplevt invandrare som personer som behöver tjänster. Det saknas centraliserad information om existerande resurser och resurspersonerna utnyttjas inte på bästa möjliga sätt.

Mentala problem bland invandrare vårdas i många fall stelbent enligt samma principer som majoritetsbefolkningens problem.

Det finns få utbildade tolkar och deras yrkesskicklighet varierar. Till exempel finns det få tolkar som förmår arbeta med psykoterapifrågor. Man borde snabbt bygga ut tolkutbild-

ningen och fästa särskild uppmärksamhet på att höja deras kompetenskrav, på kompletterande utbildning och fortbildning, handledning i arbete och att orka med arbetet.

Vårdpersonalen har sällan tillräcklig information om invandrarnas tidigare vardagsförhållanden. Det gäller deras sedvänjor, föreställningar, regler samt kulturskillnader. Att kunna skilja mellan ett sjukt eller psykotiskt beteende från ett "normalt" beteende som anknyter till kulturen kan därför vara svårt. Man bör genast kartlägga antalet kulturtolkar och resurspersoner som arbetar med invandrare, utbilda dem och aktivt utnyttja dem som en resurs.

I Finland behövs det forskning som noggrannare kan beskriva landets invandrarbefolkning och deras hälsotillstånd. Invandrare som kommer till och bor i Finland är sinsemellan och för varandra en ytterst heterogen grupp människor. De har anlänt till vårt land av flera olika skäl. Det saknas tills vidare tillförlitlig information och en enhetlig måttstock om dem eller deras hälsotillstånd som skulle skildra deras situation eller exempelvis deras användning av social- och hälsovårdstjänster. Än mindre finns det information om deras mentala problem och deras öden i servicesystemet.

Arbetet bland invandrare kräver eget specialkunnande, insikter och intresse. Det behövs särskild kompetens och regionala eller riksomfattande arbetsgrupper. Arbetet kräver mångahanda kunskaper såsom mångkulturellt kunnande, kunskaper om hälsorisker som anknyter till flyktingskap, information om mentala sjukdomar och traumatiska processer som är relaterade till denna del av befolkningen och slutligen information om olika myndighetsförfaranden som är väsentliga vid vård av specialgrupper.

Det behövs utbildning inom området eftersom utbildningen i Finland är antingen bristfällig eller obefintlig. Det finns inte tillräckligt med eller inte alls mångkulturell utbildning på universitetsnivå för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Hälsokunskap om denna befolkningsgrupp är ringa i vårt land. Arbetet med invandrare kräver extraresurser för utbildning och anställning av utbildningspersonal. Nuförtiden har vissa organisationer utanför den offentliga sektorn den största och längsta erfarenheten av att erbjuda mentalvårdstjänster för invandrare, till exempel Rehabiliteringscentret för tortyroffer vid Helsingfors Diakonissanstalt och Föreningen för Mental Hälsa i Finland, vid utlänningsenheten av sin servicecentral.

I Finland finns endast ett par specialläkare inom psykiatri som arbetar med invandrare. Branschen är i händerna på några få och är också därför särskilt sårbar. Detta missförhållande borde snarast åtgärdas.

Att vara flyktning är ett trauma som varar livet ut och som inte begränsas till ankomsten till landet och tiden kring ankomsten. Integrationslagen skapar i detta avseende felaktiga föreställningar för såväl invandrarna som för personalen inom social- och hälsovården.

En annan allvarlig iakttagelse är att patienterna har en mycket ojämlig ställning avseende tjänster beroende på huruvida de omfattas av integrationslagen eller ej. De invandrare som omfattas av integrationslagen har bättre möjligheter att använda riktade social- och hälsovårdstjänster. Flyktingar som bott i Finland i över tre år hamnar utanför detta system liksom de personer som kommit till landet innan lagen trädde i kraft.

I utredningen framgick att när man diskuterade invandrare och deras situation eller använde termen invandrare syftade man i praktiken undantagslöst på asylsökande, flyktingar eller återflyttare. Vid serviceenheter för utlännningar konfronteras man just med dessa grupper. Övriga utlännningar i landet hamnar klart utanför dessa riktade tjänster och de påträffa-

des knappt inom tjänsterna för invandrare. Antingen klarar de sig väl i livet och klarar av att använda offentliga eller privata hälsovårdstjänster eller står i värsta fall utanför samtliga tjänster. Det finns i sig stora brister i användningen av invandrarterminologi och i dess hantering och det krävs åtgärder för att komma till rätta med denna brist på kunskaper om medborgarna.

**Nyckelord:** specialiserad sjukvård, invandrare, mental hälsa, mentalvårdstjänster, flyktingar, primärvård, resurser

## SUMMARY

Asko Rauta. Report on immigrants' need for mental health services and access to them. Helsinki 2005. 129 pp. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health Finland, ISSN 1236-2115; 2005:3) ISBN 952-00-1666-x (print), ISBN 952-00-1667-8 (PDF)

At the end of 2003 the foreigner population in Finland numbered 107,100, i.e. 2 % of the entire population. This population group increased continuously and rather rapidly all through the 1990s. Its increase is clearly linked with Finland's refugee policy as well as with the increased movement of population at global level for various reasons. In Finland foreigners are the group of the population that is growing most rapidly, and this growth is a permanent phenomenon. Finland is gradually changing from a monocultural into a multicultural society. (Appendix 2)

Information on background variables and developments related to immigration, and on immigrants' employment can be found in the following sources: (Söderling 1998)

The research of the Government Institute for Economic Research (VATT) confirms the preconception that refugees arriving in Finland for humanitarian reasons have great difficulty in getting jobs on the ordinary labour market. It is common that they, even after ten years, have no jobs and are dependent on social income transfers, and thus they do not pay direct taxes to any significant degree. Immigrants are still seen as a financial burden on society, seldom as a resource benefiting society. (Helsingin Sanomat, the largest newspaper in Finland, editorial 14 Feb. 2005)

The factors appearing from various statistics that represent the immigrant population, among others their employment rate and social circumstances, reflect indirectly the psychological ill-health and sufferings of this population group. This applies in particular to refugees and persons admitted to the country for humanitarian reasons. These factors are probably clearly linked with their mental health problems as well. There are also a lot of indications of their social exclusion and absence of contacts with the majority population.

The report does not examine different immigrant groups according to the country of origin.

According to international studies and reports, mental health disturbances are however common among immigrants and immigrant population. This applies in particular to refugees and asylum seekers but also to all groups of immigrants and different ethnic groups. According to these studies people with immigrant background are underrepresented among the clients of mental health services. There are also indications that their mental health problems are not identified or that they are treated inadequately. (E.g. Kokanovic et al 2001)

In Finland, immigrant background is not recorded in the user registers and statistics of health care and mental health services. We have no reliable information of immigrants' psychological wellbeing and use of mental health services. To which extent immigrants use mental health services is not followed separately. It has not been felt necessary. There is not much information or mentions of immigrants in previous reports regarding mental health services.

The present report can only give indicative numbers. No statistics on so called hard data are available.

The report shows that immigrants are still a small group as clients of mental health services. Individual estimates indicate that there are big regional differences. In regions with large numbers of immigrants, for instance in certain residential areas in Helsinki and Turku, the proportion of immigrants of all mental health patients seems to correspond to their proportion of the population in the residential area in question. The services in these areas also appear to be of a better quality and coverage as well more accessible than elsewhere.

The treatment of mental health disturbances is most successful when provided in the vicinity of the person's home. Best results are obtained in units specifically providing services for immigrants, which have accumulated experience on e.g. the use of interpreters in the provision of psychotherapy.

As regards immigrants themselves there are a number of factors that can constitute an obstacle to necessary treatment, linked with e.g. their fear of being stigmatised, shame, cultural factors, customs, lack of information and wrong beliefs.

Immigrants from outside Europe are in the most difficult situation, since they often have to use interpreters and since they are so different from the majority population in their culture and appearance. This applies to both primary health care and specialised medical care.

Refugees' problems are often understood to be linked with the arrival in the country, although it is question of a traumatic process extending over the whole lifespan, which can be activated and become an acute mental health condition in the context of any major change in their life situation. Such changes are e.g. a sudden illness, accident or death, children moving from home or retirement on a pension. Traumas often have consequences extending to the second or even the third generation. Refugees of the first generation often are not fully integrated as citizens with full functional capacity.

The report shows that the public specialised medical care has limited resources to provide treatment for immigrants. The most frequent problem is the flow of information. Health care teams have not sufficient experience of and routines for how to meet immigrants. Primary health care has to assume responsibility for providing mental health services for immigrants as well.

The situation is better in those municipalities that have a unit for foreigners or otherwise more centralised health care arrangements for immigrants. Immigrants' mental health problems are also identified better in municipalities which have multiprofessional teams in primary health care. In the best of cases, appropriate care chains are in place, and the dialogue between specialised medical care and primary health care functions well in connection with admission to and discharge from hospital and when planning continued treatment.

Unfortunately, in real life everything is not as it should be and there are serious breaks in the flow of information between primary health care and specialised medical care. The gradation of care is not always successful or it has not been deliberated carefully enough at regional level. The availability of care and services varies unreasonably, even in the area of one municipality. It has not been understood sufficiently that immigrants are in need of services. There is no centralised information on the existing resources, and the potential of the resource persons is not used to the full extent.

Immigrants' mental health problems are in many cases treated rigidly according to the same principles as those of the majority population.



There is a limited number of trained interpreters and the level of their professional skills varies. For instance, there are only a few interpreters capable of interpreting in the context of psychotherapeutic work. Interpreter training should be increased urgently, and particular attention should be paid to improving their qualifications, further education, job supervision and wellbeing at work.

Care staff seldom have adequate knowledge of immigrants' previous everyday conditions, such as customs, beliefs, rules and cultural differences. It can therefore be difficult to separate sick or psychotic behaviour from 'normal' behaviour in that culture. It should be investigated as soon as possible how many cultural interpreters and resource persons there are among immigrants, and they should be trained and their resources made use of appropriately.

We in Finland are in need of research that would provide a better picture of the immigrant population resident in the country and of their health. The immigrants arriving in Finland and resident here are a very heterogeneous group. They have arrived in the country for various reasons. At present there are no reliable information or uniform indicators that would describe their situation or, among others, their use of health care and social welfare services. There is even less information on their mental health problems and on how they are met in the service system.

Work with immigrants demands special skills, familiarity with and interest in their issues. Special competence and regional or national teams of professionals are needed. The work requires multifaceted skills, such as multicultural knowledge, knowledge about health risks relating to being a refugee, information about mental illnesses and traumatic processes in this population group, and finally information about different procedures of authorities that are essential in the treatment of special groups.

We need training related to the field, which is at present very inadequate in Finland. There is hardly university-level multicultural education for health care professionals. There is not enough health knowledge of this population group in Finland. Work with immigrants requires more resources for education and training and for hiring staff for that work. At present some bodies outside the public sector – namely the Helsinki Diaconess Institute, its Centre for Torture Survivors, and the Finnish Association for Mental Health, its SOS Centre/ unit for foreigners – have the largest and most long-term experience of the supply of mental health services for immigrants.

There are only a few psychiatrists in Finland who are working with immigrants, and since this work is in the hands of a few specialists it is particularly vulnerable. This lack should be remedied as soon as possible.

Being a refugee is a trauma that lasts all through one's life; it is not limited to the time around the arrival in a country. In this respect the Act on the Integration of Immigrants and Reception of Asylum Seekers (Integration Act) gives erroneous ideas to both immigrants and social and health care personnel.

Another serious observation is that patients are in a very unequal position in regard to services depending on if they are covered by the Integration Act or not. The immigrants covered by the Act have better opportunities to use targeted social and health care services. Refugees who have been resident in Finland for more than three years are excluded from this system, likewise the persons who arrived before the Act's entry into force.

When compiling the report it became apparent that when speaking about immigrants and their situation or using the term immigrant, in practice it was without exception asylum seekers, refugees or returning migrants that were meant. The health service units meant for immigrants mainly meet people from these groups. Other foreigners resident in the country clearly do not use these targeted services, and they were rarely met among the clients of services targeted to immigrants. They are either coping well or they know how to use public or private health care services or, in the worst of cases, are excluded from all services. There are considerable defects in how immigrant terminology is used and mastered, and measures are needed tackle them.

**Key words:** immigrants, mental health, mental health services, primary health care, refugees, resources, specialised medical care

# SISÄLTÖ

ESIPUHE .....	3
TIIVISTELMÄ .....	5
REFERAT .....	9
SUMMARY .....	13
SISÄLTÖ .....	17
1 SELONTEON KOOSTAMISEN MENETELMISTÄ JA TIEDONKERUU- TAVOISTA .....	19
2 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT JA –PALVELUJÄRJESTELMÄN TILA MAASSAMME .....	20
3 NÄKÖKULMIA KULTTUURIIN, MONIKULTTUURISUUTEEN, PAKOLAISUUTEEN JA TRAUMATISOITUMISEEN JA NIIDEN SUHDE MAAHANMUUTTOON .....	21
3.1 Maahanmuutto prosessina .....	22
3.2 Viitekehys pakolaisen ja siirtolaisen elämäntilanteen hahmottamiseksi .....	23
3.3 Pakolaisuus traumana .....	24
4 MAAHANMUUTTAJILLA ESIINTYVIÄ TAVALLISIA MIELENTERVEYSONGELMIA .....	24
Diagnostiikka .....	25
4.1 Heti maahanmuuton jälkeen esiintyviä ongelmia .....	25
4.2 Masennus, mania ja komplisoituneet tai viivästyneet surureaktiot .....	25
4.3 Riippuvuutta aiheuttavien aineiden käyttö ja pelihimo .....	25
4.4 Paranoia .....	26
4.5 Skitsofrenia .....	26
4.6 Traumaperäinen stressireaktio, Post-traumaattinen stressioire (PTSD) .....	27
4.7 Somatisaatio, elimellisoireiset häiriöt .....	27
4.8 Skitsofreniforminen psykoosi tai lyhyt reaktiivinen psykoosi .....	27
4.9 Orgaaniset aivo-oireyhtymät, kehitysvammaisuus ja oppimis- ja tarkkaavaisuushäiriöt .....	28
4.10 Vanhuus ja muistamattomuus .....	28
4.11 Väkivaltaisuus ja rikollinen antisosiaalinen käyttäytyminen .....	28
4.12 Fyysiset sairaudet joihin liittyy psykologisia tekijöitä ja oireita .....	28
5 KOKEMUKSIA PAKOLAISTEN MIELENTERVEYDEN HOIDON JÄRJESTÄMISESTÄ .....	29
6 TURVAPAIKANHAKIJAT .....	32
6.1 Turvapaikkamenettelyn ongelmia Suomessa .....	32
6.2 Turvapaikanhakijoiden terveydentilaan liittyviä tutkimuksia .....	35
7 SUOMESSA TEHTYJÄ SELVITYKSIÄ, JOTKA LIITTYVÄT MAAHANMUUTTAJIEN PSYKOSOSIAALISEEN HYVINVOINTIIN .....	38
7.1 Espoon aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut –työryhmän loppuraportti .....	38
7.2 Maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen tarve, toimivuus ja haasteet Helsingissä .....	39
7.3 Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtamisesta Tampereen terveydenhuolto –järjestelmässä .....	41
7.4 Erytisen haavoittuvainen ryhmä: Ilman huoltajaa tulleet alaikäiset .....	41
7.5 Turvapaikanhakijoiden psykososiaalinen tukeminen .....	42
8 KOKEMUKSIA MAAHANMUUTTAJIEN TARPEESTA JA PÄÄSYSTÄ MIELENTERVEYSPALVELUIHIN KÄYTÄNNÖN TYÖN NÄKÖKULMASTA .....	45
8.1 Tampereen mielenterveyskeskuksen kuntoutustyöryhmä maahanmuuttajille .....	45
8.2 Espoon maahanmuuttajayksikkö .....	48
8.3 Kajaanin kaupungin alueella asuvien maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut .....	49
8.4 Helsingin vastaanottokeskuksen psykiatriset konsultaatiot .....	50
8.5 Maahanmuuttajat akuuttipsykiatrisella päivystyspoliklinikalla .....	55
8.6 Maahanmuuttajat psykiatrisessa sairaalassa, esimerkkinä Lapinlahden sairaala osasto 3 .....	56
8.7 Huomioita muista psykiatrisista sairaaloista .....	57
8.8 Helsingin Itäisen terveyskeskuksen kriisityöryhmän kokemuksia (Apulaisylilääkäri Kaarina Roth, sosiaalityöntekijä Kari Väisänen) .....	58

8.9 Maahanmuuttajat yleislääkärin vastaanotolla .....	59
8.10 Maahanmuuttajataustaiset huumeiden käyttäjät Helsingissä .....	60
<b>9 KOLMANNEN SEKTORIN YLLÄPITÄMÄT MAAHANMUUTTAJIEN PSYKOSOSIAALISTA HYVINVOINTIA EDISTÄVÄT TOIMINNOT .....</b>	<b>61</b>
9.1 SOS palvelukeskuksen Ulkomaalaisyksikkö, entinen Ulkomaalaisten kriisikeskus .....	61
9.2 Helsingin Diakonissalaitoksen Kidutettujen kuntoutuskeskus .....	63
9.3 Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö YTHS .....	69
9.4 Kuntoutussäätiö .....	70
9.5 Suomen Mielenterveysseura Kriisikeskus Osviitta Tampere ja Kriko –projekti (Kriisistä kotoutumiseen –Lapsilähtöinen maahanmuuttajatyöprojekti vuosille 2003 - 2005).....	72
9.6 Väestöliiton Kotipuu –monikulttuurista psykososiaalista perhetyötä .....	74
<b>10 LOPPUYHTEENVETO .....</b>	<b>76</b>
<b>11 SELONTEON SUOSITUKSET .....</b>	<b>78</b>
11.1 Selonteon yleisiä suosituksia.....	78
11.2 Selonteon yleisiä havaintoja .....	80
11.3 Turvapaikanhakijoita koskevat suositukset .....	84
11.4 Tulkin käyttöön liittyvät suositukset ja kommunikaatiokysymykset.....	88
11.5 Tutkimuksen ja tiedonkulun tehostamiseen sekä hallinnolliseen työnjakoon liittyvät suositukset .....	91
<b>12 TULKIN KÄYTTÖ MIELENTERVEYSPALVELUISSA .....</b>	<b>100</b>
<b>KIRJALLISUUS .....</b>	<b>107</b>
<b>LIITE 1 .....</b>	<b>113</b>
<b>LIITE 2 .....</b>	<b>115</b>
<b>LIITE 3 .....</b>	<b>115</b>
<b>LIITE 4 .....</b>	<b>117</b>
<b>LIITE 5 .....</b>	<b>120</b>
<b>LIITE 6 .....</b>	<b>122</b>

## 1 SELONTEON KOOSTAMISEN MENETELMISTÄ JA TIEDONKERUUTAVOISTA

Selonteon ensimmäisessä vaiheessa käytiin läpi Suomessa maahanmuuttajien parissa tehtyjä selontekoja, selvityksiä, tilastoja ja raportteja. Varsinaisesti maahanmuuttajien mielen-terveyteen liittyvää tutkimusta ei ole maassamme toistaiseksi tehty.

Myöskään yhteen koottuja tilastotietoja maahanmuuttajien mielenterveysongelmista ei ollut käytettävissä. Tiedon hankintaa vaikeutti ja ksi se, etteivät maahanmuuttajat tilastoidu muutoinkaan terveyspalvelujen käyttäjinä omana erityisenä ryhmänään, eikä heidän mielenterveyspalvelujen käyttöä erikseen seurattu.

Maahanmuuttajatutkimuksesta jäi kaipaamaan yhteenvetoa tai koostetta, jossa olisi vedetty yhteen tähän mennessä tehdyt tutkimukset ja niiden tulokset. Integroitumiseen, monikulttuurisuuteen, maahanmuuttajien työllistymiseen ja työttömyyteen, integroitumiseen, rasis-miin ja kantaväestön, suomalaisten asennoitumiseen suhteessa ulkomaalaisiin löytyi runsaasti aineistoa.

Aineistoa hankittaessa tuli ilmi, että palvelujärjestelmää koskevissa raporteissa, tutkimuk-sissa, selonteissa ja niiden suosituksissa maahanmuuttajat oli usein unohdettu ryhmä. Tä-mä tuli esiin myös aivan tuoreissa selvityksissä ja selonteissa. Maahanmuuttajat tahtovat säännönmukaisesti ”unohtua” niin potilasryhmänä kuin potentiaalisena kohderyhmänä.

Kotimaisen lähdemateriaalin puuttuessa taustatietoa on kerätty saatavilla olevan kansainvä-lisen materiaalin pohjalta. Tämän selonteon työhypoteesit on laadittu ulkomaisen lähdema-teriaalın perusteella. Kohderyhmäksi rajautuivat pakolaiset ja turvapaikanhakijat. Kansain-välisesti tarkasteltuna maissa, joissa on runsaasti siirtolaisia tai maahanmuuttajaväestöä, on myös tehty paljon alaan liittyvää tutkimusta ja selvitystyötä.

Maahanmuuttajien parissa toimivien yksiköiden toiminnoista oli vaikeaa löytää selkeästi raportoitua tietoa. Yksiköiden toimintakertomukset olivat niukkoja ja toiminnan sisällöstä, kohderyhmästä ja tavoitteista oli ajoittain vaikea saada selkoa olemassa olevien toiminta-kertomuksien ja toiminnankuvauksien perusteella. Hoitojen määrää kuvaavat mittarit, ku-ten käyntiluvut, puuttuivat. Jos niitä oli saatavissa, ne eivät olleet keskenään vertailukel-poisia.

Numeerisesti raportoidun tiedon puuttuessa selonteon toisessa vaiheessa lähteenä ovatkin useat maahanmuuttajien parissa työskentelevien työntekijöiden, ammattiryhmien ja eri vi-ranomaistahojen kanssa tapahtuneet haastattelut ja keskustelut. Näitä referoidaan selonte-ossa tietyin osin. Keskustelut ja haastattelut tapahtuivat sovittujen tapaamisten yhteydessä, konsultaatioiden yhteydessä tai koulutustilaisuuksissa

Maahanmuuttajien oma ääni pyrittiin saamaan kuuluville joko heidän itsensä tai heidän edustajiensa välityksellä. Suoraan heidän parissa tehtyyn haastattelututkimukseen ei ollut resursseja. Tämä on selkeästi selvityksen suurin puute.

Työntekijöiden haastatteluissa huomattiin, että maahanmuuttajat ”niputettiin” maahan-muuttaja-käsitteen alle homogeenisena yhtenäisenä ihmisjoukkona. Tosiasiassa maahan-muuttajat ovat laaja kirjo eri kulttuurisista ja yhteiskunnallisista lähtökohdista tulevia ihmi-siä. Maahantulosityitä on monia, suurin osa heistä on saapunut Suomeen muista kuin pako-laisuudesta johtuvista syistä. Käsitteiden lisäksi myös maahantuloprosessien esimerkiksi turvapaikanhakuprosessin tunteminen ja ymmärtäminen olivat monille epäselviä.

Selonteon valmistelun yhteydessä keskeinen huomio oli maahanmuuttaja-käsitteen ja maahanmuuttajiin liittyvän termistön epämääräinen käyttö. Tätä väestön osaa kuvaavat termit ulkomaalainen, pakolainen, turvapaikanhakija, kiintiöpakolainen, paluumuuttaja tai yleensä maahanmuuttaja sekoittuivat yleensä toisiinsa. Maahanmuuttaja-termiä käytettiin tavallisimmin synonyyminä termille pakolainen.

Käsitteiden selventämiseksi maahanmuuttoon liittyviä termejä ja käsitteitä on määritelty tarkemmin selonteon liitteissä 3 ja 4.

Selonteossa yhdeksi keskeiseksi kohderyhmäksi on nostettu pakoalaiset ja turvapaikanhakijat.

## 2 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT JA –PALVELUJÄRJESTELMÄN TILA MAASSAMME

Suomen mielenterveyshäiriöiden hoidon palvelujärjestelmän nykytilasta ja palvelujen nykyisestä tasosta saa varsin hyvän käsityksen tuoreesta sosiaali- ja terveysministeriössä valmistuneesta selonteosta: (Sosiaali- ja Terveysministeriön työryhmämuistio: 2004:5 ”Työnjakoa ja työrasitusta”). Toinen hyvä ja tuore selvitys on NUOTTA-projektin loppuraportti 2003, mikä kuvaa nuorisopsykiatrian nykytilaa ja se sisältää runsaasti suosituksia nuorisopsykiatrian erityisalan kehittämiseksi. (Pylkkänen 2003).

Erityisryhmiä kohdatessa palvelujärjestelmän yleinen tila on keskeinen, jopa ydinkysymys, kun mietitään, miten olemassa olevat palvelut ja palvelujen tarve kohtaavat. Hoitotakuu koskee myös maahanmuuttajia.

Mielenterveysongelmien esiintyvyydestä Suomessa: Terveys 2000 loppuraportti. Pirkola S, Lönnqvist J. ja mielenterveyden työryhmä (2002), sekä Mini-Suomi tutkimuksen tulokset. (Aromaa A., Joukamaa M., Jyrkinen E., Lahtela K., Lehtinen V., Maatela J., Raitasalo R., 1990).

Suomen psykiatrian kehityksestä ja muutoksista viimevuosikymmeninä on keskusteltu paljon. (Mm. Suomen Psykiatriyhdistys ry 90 vuotta, Juhlakirja 2003).

Mielenterveysongelmien tunnistaminen on tutkitusti ja tunnetusti vaikeaa. tämä koskee erityisesti lieviä ja keskivaikeita mielenterveyshäiriöitä. Häiriöt jäävät usein tunnistamatta. Asiaa on selvitelty niin kansainvälisesti kuin suomalaisen väestön keskuudessa.. (Joukamaa M, Lehtinen V, Karlsson H 1994), (Joukamaa, 2003).

Tarkemmin tässä yhteydessä ei oteta kantaa tai lähdetä referoimaan yleisen palvelujärjestelmän tilaa koskeviin selvityksiä ja niiden kannanottoja.

Ylipäättänsä voi todeta, että nk. lievempien tai keskivaikeiden mielenterveyshäiriöiden tai elämänkriisien yhteydessä kenen tahansa suomalaisen on vaikea päästä julkisen psykiatrian erikoissairaanhoidon piiriin.

Suomessa on vähän pelkästään maahanmuuttajille suunnattuja mielenterveyspalveluja. Palvelujärjestelmä on tähän asti toiminut sillä ydinajatuksella, että eriytettyjä palveluja ei erikseen tarvita tällä väestönosalla ja että olemassa olevat hoitomuodot sopivat kaikille.

Suomessa ensimmäinen vain maahanmuuttajille tarkoitettu yksikkö oli Suomen Mielenterveysseuran Ulkomaalaisten Kriisikeskus, joka aloitti toimintansa vuonna 1989. Ensimmäinen varsinainen, ainoastaan maahanmuuttajille tarkoitettu transkulttuurinen psykiatrinen

hoitoyksikkö, Helsingin Diakonissalaitoksen Kidutettujen kuntoutuskeskus aloitti toimintansa vasta vuonna 1993.

Transkulturaalisen psykiatrian kiinnostus on lisääntynyt maassamme viimevuosina. Tästä merkinä on vuonna 2003 Suomen Psykiatriyhdistykseen perustettu transkulturaalisen psykiatrian jaos.

### **3 NÄKÖKULMIA KULTTUURIIN, MONIKULTTUURISUUTEEN, PAKOLAISUUTEEN JA TRAUMATISOITUMISEEN JA NIIDEN SUHDE MAAHANMUUTTOON**

“Hulluus on erilaista eri kulttuureissa ja aikoina. Nykyisen tiedon mukaan kaikilla ihmisillä kulttuurista riippumatta on samanlaiset kognitiiviset perusvalmiudet, kyky abstraktiin ja konkreettiseen ajatteluun, deduktiiviseen ja induktiiviseen päättelyyn, sekä samanlainen emootioiden kirjo. Kognitiivisia kykyjä käytetään niissä rajoissa, jotka näissä yhteisöissä nähdään tarkoituksenmukaisiksi. Samoin tunteiden ilmaisu ja niihin liittyvät normit ovat eri yhteisöissä erilaisia. Yhteisöt eivät siis eroa psyykkisen kapasiteetin suhteen. Sen sijaan ne eroavat ajattelutavoissaan, ajan ja paikan, sosiaalisten suhteiden ja ympäröivän maailman jäsentämisessä.” (Viljanen 2004)

Tässä kappaleessa on pyritty vetämään yhteen laajemmin erilaisia yleisiä ja tavallisia taustatekijöitä, jotka liittyvät maahanmuuttoon ja jotka vaikuttavat suorasti tai epäsuorasti maahanmuuttajien mielenterveyteen.

Ihmiskunnan historiaan ja ihmisen historiaan ovat kuuluneet jo sen alkuaajoista alkaen erilaiset muuttoliikkeet ja väestön liikehdintä asuinalueelta, maasta ja maanosista toiseen. Syyt ovat olleet hyvin moninaisia, alkaen erilaisista pakkotilanteista, kuten sodista, muista väestön pakkosiirroista ja luonnonkatastrofeista päättyen vapaaehtoiseen siirtolaisuuteen elinolojen parantamiseksi.

Olivat maahanmuuton syyt mitkä tahansa, siihen liittyvät yksilöiden ja perheiden stressaantuminen ja erilaiset henkisen pahoinvoinnin oireet ovat olleet tiedostettuina ja tietoisia jo pitkään. Nämä erilaiset stressitekijät eivät kuitenkaan selkeästi korreloi yhteen samanlaisen henkisen sairastavuuden kanssa ja erot eri maahanmuuttajaryhmien välillä ja maahanmuuttajaryhmien sisällä on suuria. Ydinkysymyksenä onkin, miksi ja minkä takia tietyt yksilöt ja maahanmuuttajaryhmät ovat alttiimpia mielenterveysongelmiin kuin toiset ja mikä on maahanmuuttoprosessin merkitys sinänsä. (Bhurga & Jones 2001)

Länsimaisen käsityksen ja kulttuurinmerkityksestä on keskusteltu runsaasti viimeaikoina mm. katastrofeista toipumisen jälkeen. Tietyt ilmiöt ja prosessit ovat universaaleja ja kulttuurista riippumattomia. Toisaalta kulttuuriset tekijät ja niihin fokusoiminen saattavat hämärtää tautitilojen tunnistamista ja hoitoa (Mm. Is culture always Right? Dyregrov et al 2002)

Skitsofrenian esiintymisen vaihtelu eri maahanmuuttajapopulaatioiden välillä on hyvä esimerkki, miten erilaiset tekijät voivat vaikuttaa sen esiintymiseen ja yleisyyteen. Eroja tulee esiin verrattaessa esimerkiksi eri maahanmuuttajaryhmiä kantaväestöön tai verrattaessa niitä lähtömaan skitsofrenian esiintyvyyteen. Cochrane & Bal 1987 ovat esittäneet useita eri hypoteeseja, miksi skitsofrenian esiintyminen voi olla yleisempää maahanmuuttajaryhmissä:

1. Lähtömaassa on korkeampi skitsofreniasairastavuus
2. Skitsofreniaa sairastavat ovat herkempiä matkustamaan
3. Maahanmuuttoon liittyvät stressi voi laukaista skitsofrenian
4. Maahanmuuttajilla tehdään virheellisiä skitsofreniadiagnooseja
5. Maahanmuuttajilla on erilainen oireenmuodostus (vrt. valtaväestö)
6. Maahanmuuttajien tiiviit ja tiheät populaatiot voivat selittää suhteellisesti korkeamman luvut

### 3.1 Maahanmuutto prosessina

Maahanmuutto tulee nähdä prosessina, joka alkaa jostain ja loppuu ehkä toiseen tai jopa kolmanteen sukupolveen.

Prosessin eri vaiheissa on useita mahdollisia tekijöitä, jotka voivat selittää haavoittuvuuden ja alttiutena sairastua. Tämän prosessin voi nähdä kolmivaiheisena. (Bhurga & Jones 2001)

Ensimmäisenä on muuttoa edeltävä aika, jolloin ihmiset miettivät ja suunnittelevat muuttoa ja tekevät päätöksen siitä. Tuolloin altistavana tekijänä ovat ikä, persoonallisuuteen liittyvät eri tekijät, syy muuttoon, valmistautuneisuus muuttoon (yllättäen/valmistellusti) ja separaatio. Myös samanaikaisella taloudellisella ja sosiaalisella tilanteella, sekä koulutuksen asteella on merkitystä.

Toinen vaihe liittyy maahanmuuttoon tai siirtymiseen konkreettisesti maasta toiseen. Tuolloin haavoittavina tekijöinä voivat olla esimerkiksi menetykset, pitkittynyt vaikea suru tai traumaperäinen stressireaktio, tai laajemmin kidutusoireyhtymä, mahdollisen pakomatkan traumat, pakomatka prosessina, olemassa olevan tuen määrä. Onko yksin, perheen kanssa vai ryhmässä? Sopeutumiseen vaikuttaa jälleen koulutuksen aste, odotukset ja kielitaito.

Kolmantena vaiheen maahanmuuton jälkeinen aika ja uuden ympäristön kohtaamisen, jolloin merkitystä on sosiaalisen tuen määrässä ja sen laadussa. Onko sosiaalisia verkostoja, mikä on oma kulttuurinen identiteetti, itsevarmuus ja itsekäsitys. Pääseekö työmarkkinoille, vai joutuuko työttömäksi, mitkä ovat positiiviset saavutukset ja kyvyt, onko eristäytynyt vai onko verkostoja, etninen tiheys, onko ”ylitiheillä” asuinalueille, slummeissa, mikä on rasmin osuus, joutuuko sitä kohtaamaan ja mikä merkitys sillä on.

Seuraavassa muutama tekijä, joita tulisi ottaa huomioon arvioitaessa maahanmuuttajan terveyttä. (Bhurga & Jones 2001)

1. Potilaan omat selitysmallit sairaudesta
2. Hoitajan tai potilaan omat suhtautumien sairauteen
3. Maahanmuuttostatus, pakolainen, turvapaikanhakija,...
4. Maahanmuutto kokemukset
5. Maahanmuuton vaihe (vasta tullut, pitkään maassa).
6. Ympäröivän yhteiskunnan tai kantaväestön asenteet
7. Kulttuurinen identiteetti
8. Kulttuurinen konflikti
9. Etninen tiheys
10. Odotukset ja pettymykset



### *3.2 Viitekehys pakolaisen ja siirtolaisen elämäntilanteen hahmottamiseksi*

Saman asian on kuvannut Binnie Kristal-Andersson väitöskirjassaan hiukan toisin (Kristal-Andersson 2000). Hän on luonut ja kehittänyt oman mallinsa noin tuhannen tapaamansa ja työnohjaamansa pakolaisen elämänkohtalon pohjalta. Tämä on hieno viitekehys pakolaisten ja siirtolaisten elämäntilanteen hahmottamiseksi psykoterapeuttisessa keskustelussa ja haastattelussa. Malli löytyy tiivistettynä suomenkielellä (Saraneva 2003 s.90), alkuperäinen löytyy vastaavasti (Kristal-Andersson 2000 s.19 The framework-kaaviokuvana).

Malli on hyvä työkalu pyrittäessä ymmärtämään ja hahmottamaan pakolaisen ja siirtolaisen henkilökohtaisia kokemuksia. Toisaalta sen avulla saa käsityksen ja näkökulmia, kuinka vaikeiden ja monimutkaisten samanaikaisten sisäisten ja ulkoisten tapahtumien kanssa olemme tekemisissä. (Saraneva 2003)

#### **1 Mielentila (State of being)**

Missä mielentilassa tai -tiloissa henkilö elää? Mielentilat muodostuvat pitkä-aikaisista tunnetiloista, joissa pakolainen tai siirtolainen elää. Mielentila voi olla tietoinen tai tiedostamaton. Se voi perustua todelliseen kokemukseen tai fantasiaan. Se voi aiheuttaa erilaisia oireita, vaikeuksia ja kärsimystä. Se voimistuu elämänkriisien ja muutosten aikana ja se ”tarttuu” tai siirtyy helposti asianomaisen lapsiin.

Tavallisimmat mielentilat ovat vierauden kokemus, yksinäisyys, kaipaus, ikävä, syyllisyys, häpeä, separaation ja menetyksen kokemus, suru, alemmuuden tunne suhteessa elämänarvoihin ja äidinkieleen, juurettomuus, identiteetin puuttuminen, katkeruus, epäluuloisuus, ennakkoluuloisuus ja syntipukkina olemisen kokemus.

Näiden mielentilojen käsittely esimerkiksi kidutuksen uhrin kuntoutuksessa on usein merkityksellisempää kuin itse kidutustrauman käsittely (kirjoittaja).

#### **2. Sopeutumisprosessi (Adaptation cycle)**

Missä sopeutumisprosessin vaiheessa henkilö on? Vaiheet ovat saapumisvaihe (”kulttuurishokki”), kohtaamis- tai konfrontaatiovaihe ja reflektointivaihe.

#### **3. Lapsuuden kokemusten ja kehityksen kartoitus**

Tutkitaan henkilön psykodynamiikka, kehitysvaiheet ja –kriisit, tärkeät ihmissuhteet jne.

#### **4. Tärkeiden taustatekijöiden kartoitus**

Kartoitetaan uskonnollinen, etninen, poliittinen, sosiaalinen ja taloudellinen, kielellinen jne. tausta

#### **5. Pakeneminen ja maastamuuton syyt**

Miksi joutui pakenemaan? Miksi valitsi tietyn maan?

## 6. Muutosvaiheen olosuhteet ja tapahtumat

Kartoitetaan henkilön ulkoiset ja sisäiset kokemukset:

- Kokemukset kotimaassa
- Kokemukset ja traumat pakomatkan aikana
- Kokemukset ja traumat pakolaisleirillä
- Kokemukset uudessa maassa turvapaikanhakijana

Pyritään selvittämään näiden aspektien osuutta henkilön elämäntilanteen vaikeuksissa.

### 3.3 Pakolaisuus traumana

Pakolaisuuden trauma on hyvin yksilöllinen ja henkilökohtainen moniulotteinen ja monimutkainen kokemuksellinen kokonaisuus. Pakolaisen traumaa on vaikea määrittää lyhyesti. Kristina Saraneva on tässä onnistunut hyvin (Saraneva 2003, kurssiivit kirjoittajan)

”Pakolaisuuden traumailmiö on erittäin monimuotoinen. Olen mielessäni hahmottanut pakolaisuuden *massiivisena separaatio- ja annihilaatio-syndroomana*. Pakolainen elää kahden uhan välissä. Hän joko menettää henkensä tai identiteettinsä. Joudumme siis tekemisiin ihmisten arkaisten pelkojen, lähinnä separaatioahdistuksen ja annihilaatioahdistuksen kanssa. Pakolaisuudessa *toteutuu* ihmisen pahimpia pelkoja ja painajais-unia. Hänet yritetään tuhota fyysisesti ja psyykkisesti, ja hän menettää aivan kaiken, koko identiteettiinsä. Ei siis ole kyse pelkästä pelosta tai signaaliahdistuksesta vaan kokemuksista, jotka jättävät pahat traumat. Mielestäni traumailmiö voidaan jakaa seuraaviin osa-alueisiin

1. *Pakolaisuuden massiivisia traumoja* ovat traumat ja posttraumaattiset reaktiot (PTSD), jotka liittyvät kidutukseen, vankeuteen, terroriin ja erilaisiin sotakokemuksiin.
2. *Siirtolaisuuden ja muukalaisuuden traumat* ovat traumoja ja reaktioita, jotka syntyvät siirtolaisuuteen tai maanpakoon liittyvistä separaatio- ja menetyskokemuksista. Tähän ryhmään kuuluvat myös ne traumaattiset kokemukset, joihin maahanmuuttaja törmää sopeutumisprosessin aikana uudessa kulttuurissa.
3. *Traumojen kumulatiivinen luonne* merkitsee sitä, että traumat siirtyvät seuraaviin sukupolviin.”

## 4 MAAHANMUUTTAJILLA ESIINTYVIÄ TAVALLISIA MIELENTERVEYSONGELMIA

Maahanmuuttajat kärsivät pääsääntöisesti samoista mielenterveyshäiriöistä kuin valtaväestö. Tiedetyt tautitilat voivat muuttua maahanmuuton seurauksena, esimerkiksi kroonisesti mielisairailta (toistuva jatkuva psykoosi, krooninen masennus, aivo-orgaaniset oireyhtymät) voi olla riittävä kyky toimia omassa ympäristössään, mutta maahanmuuton jälkeen he voivat olla täysin toimintakyvyttömiä ja avuttomia. Samoin jotkin oireyhtymät liittyvät selkeästi maahanmuuttoon edeltäviin tapahtumiin kuten sotaan, vainoon ja kidutukseen. Jotkin oireyhtymät voivat taas liittyä tai pahentua pelkästään maahanmuuton jälkeisten tapahtumien seurauksena, jolloin esimerkiksi sosiaalisen verkoston puute, rasismi ja yksinäisyys pahentavat tilannetta.

(Mm. Ager A; Mental Health in Refugee Populations 1993)

## *Diagnostiikka*

### *4.1 Heti maahanmuuton jälkeen esiintyviä ongelmia*

Nämä ongelmat koskevat kaikkia maahanmuuttajaryhmiä, niin turisteja, opiskelijoita, siirtotyöntekijöitä, siirtolaisia, turvapaikanhakijoita kuin pakolaisiakin. Altistavina tekijöinä voivat olla tavallisimmin erilaiset sisäiset endokriiniset stressitekijät, ennen maahantuloa esiintynyt haavoittuvuus tai hauraus sekä erityisen voimakkaat ulkoiset stressitekijät. Tyypillisimpiä ovat äkilliset psykoosit, alkoholi- ja huumeongelmat, olemassa olevan psyykkisen sairauden/taudin paheneminen (esimerkiksi skitsofrenia), akuutit ahdistusoireet kuten paniikkikohtaukset ja sosiaaliset pelot, sekä erityyppiset dissosiativiset tilat.

### *4.2 Masennus, mania ja komplisoituneet tai viivästyneet surureaktiot*

Masennuksen yleisyys on havaittu vuosikymmenien ajan eri maahanmuuttajaryhmissä erilaisin heille tyypillisin oirein. Tutkimuksellisesti tämä on vahvistunut vasta 60-luvulla, jolloin masennus todettiin valtaväestöä yleisemmäksi kaikkien muuttajien keskuudessa, ei pelkästään maahanmuuttajien parissa. Pakotettuun maastamuuttoon (pakolaiset, turvapaikanhakijat) masennus näyttäisi assosioituvan hyvinkin yleisenä. Eräässä tutkimuksessa joka viides pakolainen oli ollut masennuksen vuoksi psykiatrisessa hoidossa kymmenen vuotta maahan tulon jälkeen. Monessa tutkimuksessa masennuksen esiintyvyys näyttäisi keskimäärin vähenevän ajan myötä. Kuitenkin niillä, jotka eristäytyvät, syrjäytyvät ja joilla on itsetuntovaikeuksia, tilanne näyttäisi kroonistuvan. Lievää tai keskivaikeata, mutta kroonista masennusta näyttäisi olevan erityisesti pakolaisilla ja keskitysleirien uhreilla. Näiden on arveltu liittyvän ennen maahan tuloa liittyviin traumaattisiin kokemuksiin, persoonallisuuden muutokseen, erilaisiin neuroottisiin tiloihin ja "kidutus- ja keskitysleirioireyhtymiin", psykosomaattisiin tiloihin, sekä maahanmuuttajan krooniseen ulkopuolisuuden tunteeseen ja pärjäämättömyyteen. Masennuksen rinnalla on usein ahdistusta ja epäluuloisuutta, sosiaalista vetäytyneisyyttä ja oppimisvaikeuksia. Usein mukana on myös monimuotoisia kehollisia oireita, tavallisimmin päänsärkyä ja erilaisia muita kiputiloja ja autonomisen hermoston virittyneisyys tai lamaannustiloja. Maniaa todetaan pakolaisväestöillä varsin vähän. Se ei ole läheskään niin yleinen kuin masennus, paranoia ja skitsofrenia.

Komplisoituneet tai viivästyneet surureaktiot ovat länsimaisille psykiatreille vaikeasti diagnosoitavia tiloja, jotka etenkin lyhyen tai yksittäisen kontaktin perusteella voivat naamioitua ahdistuksen, masennuksen tai somaattisten oireiden alle. Tämä voi johtaa väärin diagnooseihin ja hätäisiin lääkityksien aloittamisiin. Hyvä kontaktikyky, sosiaalisuus, varsin nopea hyötyminen keskusteluista ja persoonan eheys on kuitenkin tärkein viite surureaktioista eli varsin terveen ihmisen reaktioista.

### *4.3 Riippuvuutta aiheuttavien aineiden käyttö ja pelihimo*

Heti maahantulon jälkeen esiin tulevia ongelmia ja ongelmakäyttöä on tavallisimmin havaittu liikematkustajilla, turisteilla ja muilla lomalaisilla. Aineiden käyttö ei näyttäisi olevan kovinkaan yleistä Suomeen vakituisesti muuttaneilla maahanmuuttajilla. Kenellä on todettu aineiden käyttöä, heillä on usein viitteitä aikaisemmasta pitkäaikaisesta käytöstä. Alkoholin käyttö ja alkoholidiagnoosit vaihtelevat väestönosista toiseen, joillakin maahanmuuttajaväestöillä on kantaväestöä yleisempää alkoholidiagnoosi esim. sairaalaan oton

yhteydessä, jossakin taas huomattavasti valtaväestöä pienemmät alkoholin ja huumeiden käyttäjämäärät. Joissakin väestönosissa on taas havaittu tasaisesti lisääntyvää alkoholin ja huumeiden käyttöä joitakin vuosia maahantulon jälkeen.

Aineiden käyttö liittyy myös lähtömaan tilanteeseen ja olosuhteisiin mistä lähdetään kuin myös vastaanottavaan maahan. Aineiden käyttö näyttäisi assosioituvan maahanmuuttajilla myös muuhun psyykkiseen sairastavuuteen.

Huumeiden käyttö on monessa maassa hyvin yleistä, minkä vuoksi varsinainen ongelma tai sen seurannaiset tulevat maahanmuuttajan mukana uuteen kotimaahan. Huumeiden käyttäjät ovat myös taitavia luomaan kontakteja ja verkostoja uuden kotimaan käyttäjäryhmien kanssa, mikä osaltaan lisää myös alttiutta.

Masennus, sosiaalinen jännitys ja muut jännitystilat sekä traumaperäinen stressireaktio altistavat aineiden käytölle. Muistan erään tutkimuksen, jossa Irakista kotoisin olevilla pakolaisilla, joilla heti maahantulovaiheen jälkeen todettiin merkkejä traumaattisesta stressireaktioista ja joilla oli stressioireyhtymä päällä. Heille muutaman vuoden seurannassa kehittyi jopa 70 prosentille jonkinasteinen aineriippuvuus. Heillä aineiden käyttö voi olla itsehoitoyritys. Nuoret pakolaismiehet näyttäisivät monen tutkimuksen mukaan olevan riskiryhmässä, etenkin jos heillä on sosiaalisia vaikeuksia, perheeseen liittyviä vaikeuksia, menetyksiä ja pettyneitä odotuksia liittyen uuteen yhteiskuntaan.

Pelihimo on maahanmuuttajille melko tavallinen riippuvuuden muoto ja se näkyy enemmän peliautomaattien käyttönä kuin kasinoissa käyntinä. Se liittyy usein muihin psykiatrisiin tiloihin ja taustalla voi olla mm. yksinäisyyttä ja virikkeettömyyttä. Terveystieteiden tutkimuksissa pelihimo jää helposti selvittämättä ja voi olla syynä mm. rahattomuuteen, velkaantumiseen ja henkisen tilanteen pahenemiseen. Pahimmillaan pelihimo on orjuuttava riippuvuus, joka voi tuhota koko perheen talouden.

#### 4.4 Paranoia

Erilaisia paranoidisia reaktioita on havaittu varsin yleisesti siirtotyöläisten, opiskelijoiden, maahanmuuttajien ja pakolaisten keskuudessa. Tämän häiriötilan yleisyydestä johtuen sitä on kutsuttu maahanmuuttajan paranoidiseksi reaktioiksi (Alien paranoidi reaktion), tai pakolaisneuroosiksi (Refugee Neuroosis), mihin kuuluu lisäksi somatisaatio -oireet, epäluuloisuus ja eriasteinen masennus. Oireenmuodostus koostuu useasta keskeisestä oireesta, mutta keskeisimpänä sisältönä ovat tuntemukset seuraamisesta ja takaa-ajosta ja tarkkailusta. Lievät oireet ovat hyvin tavallisia, muutoin oireet vaihtelevat samallakin ihmisellä ajan puitteissa lievistä täysin psykoottisiin episodeihin. Paranoidisia psykooseja on havaittu maahanmuuttajaväestöissä valtaväestöä enemmän. Potilaiden perhehistoriasta ei useinkaan löydy psykoosisairauksia. Potilaat ovat usein agitoituneita, masentuneita ja vihamielisiä, pelokkaita tai uhkaavia. Heissä on usein affektiivisia piirteitä. Paranoia assosioituu usein myös ennen maahantuloa liittyneisiin kokemuksiin ja on erityisen tavallista poliittista painostusta, vainoa ja kidutusta kokeneilla.

#### 4.5 Skitsofrenia

Sairauden esiintyminen eri maissa on kutakuinkin sama. Maahanmuuttajaväestöissä skitsofrenian esiintyvyys vaihtelee suuresti. (Bhurga & Jones 2001) Pakolaisten joukossa se on usein vähäistä johtuen mm. siitä osa sairastajista jää kotimaahan mm. perheen tunteman häpeän vuoksi. Selkeästi eri puolilta on havaintoja hoitojen viivästyttämisestä ja tilanne on

varsin usein jo krooninen ennen hoitoon tuloa. Myös hoitoajat skitsofreniaa maahanmuuttajilla näyttäisi olevan pidempiä. Jotkut tutkimuksen kertovat suurista puhkeamisikäen liittyvistä eroista valtaväestöön verrattuna. Myös lähtömaan sosiopoliittinen tilanne vaikuttaa oireisiin. Esimerkiksi 1950 - 60-luvulla Unkarista lähteneillä pakolaisilla oli tavallisimmin paranoidista skitsofreniaa, jonka oireisiin liittyi erityisen voimakasta poliittisia deluusioita, kuten kommunismin pelkoa. Skitsofrenian pitkäaikaishoidossa on todettu olevan suuria vaikeuksia, jos perhe tai kielitaito puuttuu.

#### *4.6. Traumaperäinen stressireaktio, Post-traumaattinen stressioire (PTSD)*

Traumaperäinen stressireaktio on yleinen pääasiallisesti neuroottinen oireyhtymä ja varsin tavallinen oireyhtymä etenkin pakolaisten keskuudessa, sotaveteraanien parissa, sotavankeilla, keskitysleirivangeilla, luonnon katastrofihuhreilla ja kidutuksen uhreilla. Rinnakkaisena diagnoosina on usein masennus, myös muut pelkotilat ja ahdistusoireet ovat tavallisia. Myös orgaaninen aivo-oireyhtymä voi olla mukana mm. sotaveteraaneilla ja kidutuksen uhreilla. Oireyhtymään liittyy lukuisia altistavia tekijöitä, siihen vaikuttaa myös traumaattisen tapahtuman voimakkuus ja henkilökohtaisuus, sekä kaikki trauman jälkeiset myötävaikuttavat uudet traumat. Pakolaisilla ja turvapaikanhakijoilla nykyiseen elämäntilanteeseen liittyvät stressitekijät. Oireiden voimakkuus vaihtelee huomattavasti ihmisestä toiseen ja ajallisesti oireettomasta aina täysin lamauttavaan oireiluun. Symptoms (Kira 2002)

Traumaperäisestä stressireaktiosta, sen diagnostiikasta ja sen itsehoidosta on vastikään ilmestynyt erinomainen, selkeä työkirja: "Simple, Effective Techniques for Overcoming Traumatic Stress" (Williams & Poijula 2002)

#### *4.7 Somatisaatio, elimellisoireiset häiriöt*

Elimellisoireiset häiriöt ovat erittäin yleisiä maahanmuuttajien parissa. Kyseessä on pikemminkin oireyhtymä kuin oire psyykkisestä pahoinvoinnista. Oireista tavallisimpia ovat kivut, kuten päänsärky, selkäsärky ja vatsakivut. Siihen liittyy lukuisia joukko erilaisia tuntemuksia ja oireita usein depressiota ja ahdistusta: heikkoutta, energian puutetta, ummetusta, ripulia, keho tuntuu kylmältä tai kuumalta, sydän tykyttää, hengitysvaikeuksia, tihentyntä hengitystä, suu kuivuu, erilaisia halvauksia, ja pään tuntemuksia, tajunnan muutoksia, virtsaamisvaikeuksia. Oireet ovat yksin tai liittyvät moneen muuhun diagnosoitavaan psykiatriseen tautitilaan. Kulttuurierot ovat suuret ja eri etnisten ryhmien välillä on suuria eroja kuinka tunteita ilmaistaan. Toisaalta pakolaisuuteen liittyy lukuisia todellisia terveysongelmiä, jotka on poissuljettava. Myös stressi on tavallista pakolaisilla ja turvapaikanhakijoilla, mikä osaltaan myötävaikuttaa somatisaatio -oireyhtymän kehittymistä. Somaattisten oireiden tarjoaminen on usein hyväksyttävämpää. Jos taustalla on kidutusta ja muuta traumaa, somatisaatiotaipumus on usein vahva ja on yhteydessä näihin tapahtumiin, vaikka originaalivamma olisi parantunut, "keho muistaa iskut".

#### *4.8 Skitsofreniforminen psykoosi tai lyhyt reaktiivinen psykoosi*

Otsikossa mainitut psykoosit ovat kohtalaisen yleisiä pakolaisten parissa. Ne liittyvät usein akuuttiin elämäntilanteeseen tai vallitseviin välittömiin stressitekijöihin, jotka voivat olla ulkoisia tai sisäisiä. Psykoosijaksot jäävät usein ainutkertaisiksi, jos stressitekijä jää pois ja mieli saadaan rauhoitettua. Joillakin potilailla skitsofreniforminen psykoosi voi olla merkki alkavasta skitsofreniasta, jolloin riittävän tehokas hoito ja riittävän pitkä seuranta-aika on

olennaista ennusteen kannalta. Oireet voivat olla hyvin moninaisia ja liittyvät usein tiiviisti lähtömaan kulttuuriperimään. Psykoosit reagoivat hyvin hoitoon. Muistettava on ensipsykoosin poissulkukriteerit ja riittävän tehokas hoito ja seuranta.

#### ***4.9 Orgaaniset aivo-oireyhtymät, kehitysvammaisuus ja oppimis- ja tarkkaavaisuushäiriöt***

Liittyy usein lähtömaan huonoon terveydentilaan tai ravitsemuspuutokseen. Myös selkeää yhteyttä on havaittu erilaisiin pään alueen traumoihin. Tämä koskee väkivallan uhreja, poliittisia vankeja, kidutuksen uhreja, sotavankeja ja sotaveteraaneja. Lähinnä on muistettava tämän olemassaolo, se tahtoo helposti jäädä diagnosoimatta ja ottamatta huomioon. Tämä tautiryhmä on erityisesti pidettävä mielessä, kun hoidot pitkittyvät tai toimintakyvyn taso ei palaudu tai kielitaito ei kartu.

Kehitysvammaisuuteen liittyy usein voimakas häpeä monissa maahanmuuttajien lähtömaissa. Joskus kehitysvammaiset lähetetään maasta pois tai jätetään oman onnensa ojaan. Tarkkavaisuushäiriö voi olla vaikea diagnosoida maahanmuuttajalla, etenkin jos hyperaktiviteetti puuttuu.

#### ***4.10 Vanhuus ja muistamattomuus***

Vanhukset, joilla on jo lähtömaassa ollut erilaisia muistihäiriöitä, ovat erityisen alttiita kaikille muutoksille. Erityisesti perheen menettäminen, rutiinien muuttuminen, aiempien sosiaalisten siteiden katkeaminen johtaa usein pakkotilanteeseen jolloin selviytymiskeinot eivät enää riitä. Vanhukset hämmentyvät, ahdistuvat ja masentuvat. Toimintakyky heikkenee ja yksin olevilla uhkaa laitoshoido. Masennuksen ja vanhuuden dementian erottaminen toisistaan on joskus hyvin hankalaa ja vaikeaa. Tuolloin muistitutkimukset esimerkiksi muistiseulat ovat paikallaan.

#### ***4.11 Väkivaltaisuus ja rikollinen antisosiaalinen käyttäytyminen***

Nuoret miehet ovat selkeästi riskiryhmässä lähtömaasta riippumatta. Ilman perhettä yksin tulleet turvapaikanhakijalapset ovat tähän alttiita, samoin kuin ne nuoret, joilla on lähipiirissä koettua ja uhkaavaa perheväkivaltaa. Erityisryhmänä ovat ne lapset ja nuoret, jotka ovat lähtömaassaan elättäneet itsensä kadulla varastelemalla, prostituutiolla tai muulla kriminaalisella aktiviteetilla. Heillä on riski jatkaa samantyyppistä käyttäytymistä uudessa kotimaassa. Riski tämän tyyppiseen käyttäytymiseen jatkuu pitkään vuosien jopa vuosikymmenien ajan.

#### ***4.12 Fyysiset sairaudet joihin liittyy psykologisia tekijöitä ja oireita***

Maahanmuuttajilla, erityisesti pakolaisilla ja turvapaikanhakijoilla on hyvin tavallisia erilaiset fyysiset sairaudet ja niistä johtuvat psyykkiset oireet. Häiriöiden tavallisuudesta johtuen somaattisten sairauksien poissulku ja huolellinen fyysinen tutkiminen on välttämätöntä tämän potilasryhmän kohdalla.

Tavallisia ovat erilaisiin tulehduksiin liittyvät oireet tai tulehdusten jälkitilat. Tällaisia ovat mm. AIDS/HIV, hepatiitit, tuberkuloosi, loistaudit ja muut bakteerien ja virusten aiheuttamat taudit. Joskus tulehduksen jälkitilat voivat olla oireiden aiheuttajana, kuten esimerkiksi aivokuumeen tai aivokalvon tulehdus/ aivoabsessi. Pahanlaatuisten kasvainten yhtey-

dessä on usein psyykkisiä oireita, etenkin aivokasvannaisten ollessa kyseessä. Muina tautiryiminä voi mainita jotkin perinnölliset sairaudet. Ei pidä myöskään unohtaa erilaisten vitamiinien ja hivenaineiden puutostiloja, jotka voivat olla tavallisia, tai anemiasia, joka voi liittyä perinnölliseen sirppisolutautiin. Väsymys voidaan sekoittaa krooniseen masennukseen ja uupumisoireyhtymään.

Etenkin eritaytyneissä yhteisöissä voi olla riski omaan, muista ryhmistä poikkeavaan käyttäytymiseen, kuten joukkopsykoosit, jaetut psykoosit ja jopa joukkoitsemurhat. On myös olemassa epämääräinen joukko lähtömaan kulttuuriin liittyviä psyykkisiä tiloja, joissa on mukana maagisia uskomuksia ja taikauskoa. Parannuskeinot ovat usein myös kulttuurille ominaisia. Näillä sairauksilla on usein omat erityiset nimensä.

## 5 KOKEMUKSIA PAKOLAISTEN MIELENTERVEYDEN HOIDON JÄRJESTÄMISESTÄ

Lähteenä: Refugee Reports, Vol.18, No.9 (1997), USCR (U.S. Committee for Refugees)

### **Refugee mental health In The United States**

Pakolaisten terveys- ja sosiaalipalveluihin verrattuna mielenterveyspalveluja ei juuri ole järjestetty pakolaisille eikä kidutuksen uhreille USA:ssa. Raportissa todetaan, että pakolaiset ja turvapaikanhakijat, erityisesti heidän joukossaan kidutuksen uhrit, tarvitsevat enemmän ja nopeammin maahan saavuttuaan kulttuurisesti sensitiivisiä mielenterveyspalveluja toipuakseen traumaistaan sekä selviytyäkseen uuden elämän haasteista Yhdysvalloissa.

Raportissa käydään ensin läpi PTSD-oireyhtymää ja todetaan, että pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden kohdalla oireet esimerkiksi voimakkaat, läpitunkevat ajatukset ja tunnetilat, painajaiset, fyysinen ja psyykinen herkistyminen, säpsähtely, varuillaan olo, keskittymisvaikeudet, muisti- ja unihäiriöt, vapina, alkoholi- ja huumeriippuvuus ja erilaiset kipuoireet) liittyvät vain poikkeustapauksissa yksittäiseen traumaan. Sen sijaan usein on kyse multippeleista, kompleksisista traumaista kuten sodasta, evakosta, vainosta, omaisten, ystävien katoamisesta, raiskauksesta, läheisien kuolemasta ja kotimaan menettämisestä. PTSD-oireet vaihtelevat kulttuurista ja ihmisten taustoista riippuen huomattavasti, samoin trauman voimakkuus, toistuvuus ja kesto vaikuttavat oireiden vaikeuteen. Samalla tavalla variaatiota on toipumisprosessien suhteen ja etenkin sen suhteen miten kykenee luottamaan ja asettumaan luottamukseen perustuvaan hoitosuhteeseen. Raportissa ehdotetaan, että PTSD-oireet tulisi nähdä odotettuna ja normaalina reaktionä eikä psyykkisenä häiriönä. Olisi myös ymmärrettävä, että kaikki reaktioon johtaneet tapahtumat tai kokemukset eivät ole jääneet taakse, vaan esimerkiksi pakolaisilla on jatkuva stressi päällä, jos heillä ei ole mahdollista löytää sukulaisiaan tai he ovat jääneet entiseen kotimaan. Jatkuva stressioireyhtymä onkin parempi ja kuvaavampi termi heidän henkiselle tilalleen.

Raportissa todetaan, että trauman uhreilla varhainen interventio ja ongelmiin puuttuminen on osoittautunut erityisen tehokkaaksi. PTSD-oireet eivät tule esiin heti maahantulon jälkeen, vaan usein ne ilmaantuvat viiveellä. Tämän vuoksi varhaiset interventiot, kuten psykoedukaatio on tuloksellista ja preventiivistä. Esimerkiksi vastaanottokeskusten ja pakolaisleirien henkilöstön ja ohjaajien psykologisen orientoitumisen uskotaan säästävän pitkällä tähtäimellä olevan huomattavasti edullisempaa kuin myöhemmin tarjottavat psykoterapiapalvelut. Myös maahan tulevien turvapaikanhakijoiden tulisi saada tietoa siitä, mitä on odotettavissa turvapaikkaprosessin osalta ja että mitä mahdollisia stressi- ja muita psyykki-

sia reaktioita on odotettavissa. Tällaisen psykoedukaation voisi toteuttaa hyvin pienin kustannuksin esimerkiksi esitteinä, ryhmämuotoisena tai osana tulotarkastusta.

Traumaattisen taustan lisäksi myös monet sosiaaliset tekijät ja sopeutumiseen liittyvät asiat aiheuttavat ongelmia maahanmuuttajille. Tällaisia asioita ovat mm. sopeutuminen uusiin fyysisiin olosuhteisiin, kieleen, ahtaisiin asumisolosuhteisiin ja paineeseen olla omaehtoinen elannon ja elinkeinon hankkimisessa itselleen ja perheelleen. Uuden yhteiskunnan ja sen väestön kohtaaminen voi olla ennakkoluuloja, pelkoa ja jännitystä aiheuttava kokemus, etenkin maaseudulta kotoisin olevien ihmisten kohdalla. Työ ja etenkin työstäytymisen muuttaminen uudessa kotimaassa voi olla voimakas stressitekijä ja nöyryytyksen aihe koulutetuilla pakolaisilla, jotka ovat olleet omassa maassaan ammattilaisia. Kielitaidon vajavuus ammattityöntekijöillä voi myös aiheuttaa vaikeuksia selviytyä länsimaaisessa, monenlaisesta ammattitaitoa vaativissa työtehtävissä, vaikka peruskoulutus ja työkokemus omasta maasta ovat samantyyppinen. Toisaalta taas kouluttamattomuus ja tiedonpuute voi tietyissä yhteisöissä olla ratkaiseva tekijä sopeutumisongelmissa.

Lapset ja nuoret oppivat kielen ja omaksuvat uuden kulttuurin usein vanhempiaan nopeammin. Heilläkin on monenlaisia sopeutumisongelmia, ennen kaikkea sopeutua uuteen täysin erilaiseen koululaitokseen. Nuoret olettavat ja otaksuvat usein, että he ovat vastuussa vanhemmistaan, usein siksi että he oppivat nopeammin kaksikielisiksi. Tämä tarkoittaa sitä että he maksavat laskuja, hoitavat muita käytännön asioita, käyvät kaupassa ja toimivat tulkkeina. He joutuvat ottamaan kantaakseen vanhempien huolia ja omien traumojen käsittely saattaa jäädä. Lapset ovat ”varpaillaan” ja varovaisina kotona välttääkseen aiheuttamasta lisärasitusta vanhemmilleen. Myös uuden kulttuurin erilaiset tavat ja kasvatustapojen erot aiheuttavat jännitteitä.

Raportissa todetaan länsimaisen psykoterapian puutteet vastata monien pakolaisina ja turvapaikanhakijoina muuttaneiden psyykkisiin ongelmiin. Monessa perinteisessä kulttuurissa ihmiset pitävät henkilökohtaiset ahdistustilansa vain korkeintaan muutaman ihmisen, yleensä perheenjäsenen, läheisen ystävän tai uskonnollisen johtajan, tiedossa. Psykiatriseen hoitoon hakeudutaan vain kaikkein vaikeimmissa tapauksissa ja joissakin kulttuureissa ei löydy edes sanoja termeille psykologi ja psykiatri, eivätkä monet ole tottuneet ajatukseen, että muukalainen voisi auttaa heitä ilman vastapalvelusta. Tästä on seurauksena, että ammattiauttajiin suhtaudutaan varautuneesti ja luottamuksen rakentuminen kestää kauan. Erityisesti kidutuksen uhreja hoidettaessa turvallinen rauhallinen ympäristö ja hyvä keskinäinen suhde on luottamuksen ja hoidon onnistumisen perusta.

Länsimainen psykiatrian ongelmana on, että se perustuu usein yksilöterapiaan ja yksilön ymmärtämiseen, ei niinkään yhteisöllisyyteen tai yhteisön ymmärtämiseen. Monelle pakolaisväestölle yksilöllinen näkökulma on täysin vieras. Vahvan kollektiivisen identiteetin omaavat ihmiset eivät esimerkiksi pidä itseään yksilöinä ja puhuvat itsestään usein ”Me-muodossa”. Tämä saatetaan taas tulkita väärin multippelina persoonallisuutena tai harhaluuloisuutena. Psykiatrisessa hoidossa, joka perustuu puheelle, potilaiden odotetaan tulevan yksin, rentoutuvan ja ”avaavan sydämensä”, puhuvan yksilöllisesti, kokoavan taas itsensä ja lähtevän vastaanotolta. Monessa kulttuurissa heidän tarpeensa ovat paljon käytännöllisempiä ja he usein odottavat aktiivisia neuvoja kuinka selviytyä erilaisissa ongelmatilanteissa.

Raportissa todetaan, että kahta kulttuuria edustavat tai monikieliset tulkit ovat välttämättömiä pakolaisten psyykkisessä hoidossa. Tulkin puute voi johtaa vakaviin väärinymmärryksiin ja käänkösvirheisiin, mikä taas johtaa harhaan diagnostiikassa ja lopulta johtaa epä-



asialliseen riittämättömään hoitoon. Projektit, joissa on onnistuttu järjestämään ja tarjoamaan pakolaisille hyviä mielenterveyspalveluja on huomiota kiinnitetty erityisesti kielelliseen ja kulttuuriseen ymmärtämiseen. Tapaamisten yhteydessä käytetään koulutettujen tulkkeja, jotka ovat kaksikielisiä tai parhaimmassa tapauksessa edustavat molempia kulttuureja. Tulkkien koulutukseen on panostettu ja erityisesti pakolaistaustaisia tulkkeja ja psykoterapeutteja on palkattu työntekijöiksi.

Raportissa painotetaan, että hyvän monikulttuurista työtä tekevän terapeutin ei tarvitse tietää kaikkea kulttuureista (mikä ei milloinkaan ole mahdollistakaan). Tärkeämpää on olla jatkuvasti avoimena asioille joita ei tiedä tai tunne ja tarkistaa ymmärrystään potilaalta tai tulkilta, kollegalta tai eri tietolähteistä. Ammattiauttajien tulee olla kulttuurisesti herkkiä, mutta samalla tiedostaa yleistymisen vaarat niin eri etnisissä ryhmissä kuin kulttuurikysymyksissä.

Potilaan tai asiakkaan tulee myös kyetä luottamaan tulkkiin siinä kuin terapeuttiinsa. On olennaisen tärkeää että terapian aikana on jatkuvasti sama tulkki kullakin potilaalla. ”Terapeutin kumppanuus” tulkin kanssa todetaan osoittautuneen tasavertaiseksi ja hyväksi työskentelymuodoksi, jolloin muodostuu kolmen eri henkilön tasavertainen terapeutin keskusteluyhteys Kaksikielinen (bilingual) ja kahta kulttuuria (bicultural) tulkki tai terapeutti ei ole sama asia. Oikean tulkin valitsemisessa voi olla tärkeää paitsi oikeankielisen tulkin valinta, myös tiettyjen poliittisten ja etnisten taustojen huomioiminen.

Raportin mukaan USA:ssa Immigraation and Refugee Service’s of America’s National Alliance for Multicultural Mental Health (NAMMH) kokoaa resurssihenkilöpankkia maahanmuuttajataustaisista mielenterveyden ammattilaisista, jotka voisivat toimia kulttuuritulkkina, hoidosta ja kontakteista vastaavina henkilöinä ja vertaistukena ja yhteyshenkilöinä omassa etnisessä yhteisössään. Sama amerikkalainen taho on luonut tietopankin mielenterveysammattilaisille, jonne on koottu yhteen taustatietoa lähtömaiden kulttuurista, historiasta ja muista olennaisista taustatiedoista. Tiedoista on koottu myös ohjekirjanen. Keskus järjestää myös täydennys- ja jatkokoulutusta, sekä kouluttaa tulkkeja. Koulutuksissa pyritään lisäämään yleistä kulttuuritietämystä ja ne suunnataan niille työntekijäryhmille, jotka todennäköisesti tulevat kohtaamaan maahanmuuttajaväestöä.

Yhdysvalloissa maahanmuuttajien osuus mielenterveyspalvelujen saajina on selkeästi ali-edustettu verrattuna muihin väestön osiin. Mielenterveyspalveluja tarjoavissa yksiköissä, sairaaloissa ja poliklinikoilla maahanmuuttajien tarpeet on usein jätetty tai jäänyt huomiotta. Koska maahanmuuttajat eivät osaa hakea mielenterveyspalveluja, näistä palveluista ei ole kysyntää eikä erityistarpeita ole myöskään tiedostettu näissä instituutioissa.

Raportin mukaan avainkysymys hoidon onnistumisen ja luottamuksen voittamisen kannalta on se missä hoidollinen interventio tehdään. Sen mukaan on tärkeää, että mielenterveyspalvelujen tuottajat astuvat ulos poliklinikalta ja tulevat ihmisten pariin. Näin he antavat realistisemman kuvan itsestään ja hälventävät epäilyksiä, että he ovat vain analysoimassa ja luokittelemassa ihmisiä. Samalla he hälventäisivät ihmisten luontaisia pelkoja ja mystisiä käsityksiä mielisairauksia kohtaan.

Siinä todetaan myös, että vasta maahan tulleiden muuttajien pääsy mielenterveyspalvelujen piiriin on hyvin paljon kiinni siitä miten tehokas ja yhteistyökykyinen on maahanmuuttajien kotouttamis- ja tukipalvelujärjestelmä. Näiden palvelujen linkittäminen yhteen on nähty tärkeämpänä ja keskeisempänä kuin koskaan aikaisemmin. Mielenterveyspalvelujen ja sosiaalityön palveluita tulisi yhdistää ja parantaa näiden välistä yhteistyötä niin että ihmiset eivät työskentelisi kahdella erillisellä kentällä toisistaan tietämättä. Raportti suosittelee

vahvasti eri ammattiryhmien kouluttamista niin, että mielenterveysongelmat tunnistettaisiin varhemmin ja että ohjausjärjestelmä toimisi tehokkaasti.

## 6 TURVAPAIKANHAKIJAT

Maahanmuuttajien joukossa turvapaikanhakijat ovat selkeästi ihmisryhmä, joka ansaitsee tässä selonteossa erityistarkastelua. Tämän väestönosan terveydentilasta ja henkisestä voinnista on myös syytä olla huolissaan jo pelkästään sen takia, että he elävät hyvin erityisessä ja stressaavassa elämäntilanteessa. Turvapaikanhakijoiden kohteluun vaikuttavat myös kansallisesti ja kansainvälisesti erilaiset sosiopolitiittiset suhdanteet ja tämä väestönoosa on hyvin herkkä jäämään palvelujen ulkopuolelle ja koko turvapaikan hakuprosessinsa aikana on useita vaiheita, jossa he saattavat jäädä eettisesti hyvän kohtelun ja hyvien hoitokäytäntöjen ulkopuolelle.

### 6.1 Turvapaikkamenettelyn ongelmia Suomessa

Tähän kappaleeseen on selontekijän toimesta pyydetty Suomen Pakolaisneuvonta Ry:n arvio ja näkemys turvapaikanhakijoiden tämänhetkistä keskeisistä ongelmista, mitkä liittyvät heidän asemaansa turvapaikkamenettelyssä. Huomiot on koottu Kirsi Hytinantin johdolla, (varatuomari, Pakolaisneuvonta ry)

#### 6.1.1 Taustaa

Suomeen tulevien turvapaikanhakijoiden määrät ovat kaiken kaikkiaan pieniä, mutta ns. Dublin–tapauksen suhteellinen määrä on noussut. Dublin–tapauksiksi kutsutaan sellaisia turvapaikanhakijoita, joiden hakemusta ei Suomessa lainkaan käsitellä vaan heidät palautetaan ns. ensimmäisen turvallisen maan periaatteella toiseen EU–maahan, joka Vastuunmääritysasetuksen eli ns. Dublin II –sopimuksen perusteella on velvollinen käsittelemään hakemuksen. Varsinkaan ns. Dublin–menettelyssä olevat turvapaikanhakijat eivät aina saa tai ehdi saada asianmukaista terveydenhuoltoa.

Uudenlaisia haasteita terveydenhuollon alalle aiheuttaa myös ihmiskaupan kansainvälinen luonne ja sen laajeneminen Suomeenkin. Ongelmana on ollut ja on yhäkin ihmiskaupan uhrien tunnistamisen vaikeus. Aivan lähitulevaisuudessa on mietittävä se, kuinka ja minkälaista apua ja tukea heille täällä tarjotaan esimerkiksi silloin, kun Suomi toimii kauttakulkuväylänä muuhun maahan ja uhri tunnistetaan täällä. Ihmiskaupan uhreista suurin osa on naisia ja lapsia. Osa heistä saattaa hakea turvapaikkaa.

Turvapaikanhakijoiden mielenterveysongelmat ovat huomattavasti lisääntyneet viimeisten vuosien aikana. Pitkä, joskus useita vuosiakin kestänyt lopullisen päätöksen odotusaika aiheuttaa sinällään erittäin paljon mielenterveyssairauksia lähes jokaiselle, jonka kohdalle pitkä prosessi osuu. Nopeissa menettelyissä ongelmat johtuvat muunlaisista seikoista, esim. vuosia jatkuneesta pakomatkasta maasta toiseen sekä toisaalta siitä, ettei terveydenhoitoa ehditä nopeassa menettelyssä aloittaa ollenkaan tai saattaa aloitettua hoitoa loppuun.

#### 6.1.2 Ongelmat turvapaikanhakijoiden terveyspalvelujen saatavuudessa

Kidutuksen uhreilla ei tällä hetkellä ole yhtäläistä mahdollisuutta saada hoitoa traumoihin. Joidenkin vastaanottokeskusten asukkaat saattavat päästä asiantuntevaan hoitoon Kidutettujen kuntoutuskeskukseen, kun taas joissakin keskuksissa katsotaan parhaaksi hoitaa

pääosin myös kidutustraumojen uhreja paikallisen terveydenhuollon piirissä tai mielenterveystoimistoissa. Kidutettujen kuntoutuskeskuksen rajalliset resurssit ovat myös joskus syynä siihen, ettei se pysty ottamaan potilaakseen kaikkia turvapaikanhakijoita, joille erityisasiantuntijahoito olisi tarpeen. Myös ns. nopeutetuissa turvapaikkamenettelyissä kiireinen käsittely aiheuttaa sen, etteivät kaikki ehdi edes terveydenhoitajan vastaanotolle saati lääkärin puheille ennen kuin kielteistä päätöstä jo ollaan täytöntöön panemassa. Joissakin tapauksissa hakija otetaan säilöön välittömästi turvapaikan hakemisen jälkeen ja säilöaikaana, poliisiputkassa tai säilöönottoyksikössä mahdollisuudet saada asianmukaisia terveyspalveluja ovat huonommat kuin normaalissa vastaanottokeskuksessa.

Nyt käyttöön otettu ns. transit–vastaanottokeskussysteemi on tuonut muassaan erityisongelmia. Transit–keskusten tarkoituksena on olla vain lyhytaikaisia asuinpaikkoja ja muu kuin ensiaputyypinen hoito ei kuulu transit–keskuksen toimintamalliin. Lisäksi nopeat siirrot vastaanottokeskuksista toisiin saattavat aiheuttaa sen, että hakija jäädä lähes kokonaan ilman terveyspalveluita. Asumisajat ja siirrot vastaanottokeskuksista toiseen ovat usein ennalta arvaamattomia ja aiheuttavat jo sinällään ahdistusta hakijoissa ja mikäli terveydenhoitajalle pääsy on hankalaa, on selvä, että hakijat kaiken kaikkiaan voivat erittäin huonosti.

Ongelmallista on hakijoiden kannalta nykytilanteessa sekin, että tällä hetkellä turvapaikkapuhuttelut on keskitetty vain kahteen paikkaan, Lappeenrantaan ja Kuhmoon. Kummassakaan ei kuitenkaan ole vastaanottokeskusta, vaan puhuteltavat joutuvat matkustamaan muulta, jopa satojen kilometrien päästä, usein yöaikaan, aamulla alkaviin turvapaikkapuhutteluihin. Pitkät matkat ja kehnöt yöunet autossa aiheuttavat luonnollisesti vuorostaan sen, etteivät hakijat ole useinkaan aivan parhaimmillaan tässä hakijan kannalta turvapaikkamenettelyn tärkeimmässä tilaisuudessa, jossa heillä olisi mahdollisuus selvittää turvapaikkaperusteitaan.

Myös tilanteet, joissa mielenterveyspalveluihin pääsy edellyttää joltakin tietyltä terveydenhoitajalta saatavaa lähetettä, saattavat joskus olla ongelmallisia. Ongelmaksi voivat silloin nousta esimerkiksi luottamuspuola potilaan ja terveydenhoitajan välillä. Jos asiakkaan ja terveydenhoitajan välille ei synny luottamussuhdetta, voi hoitoon pääsy estyä siitä syystä, ettei asiakas ole uskaltanut tai halunnut kertoa juuri kyseiselle terveydenhoitajalle asioitaan.

Useissa vastaanottokeskuksissa on yksi terveydenhoitaja eikä valinnanmahdollisuutta ole. Terveydenhoitajan sukupuolella saattaa olla myös merkitystä mm. kulttuuristen seikkojen vuoksi. Esimerkiksi nuoren tytön saattaa olla lähes mahdotonta kertoa vaikkapa miespuoliselle hoitajalle raiskaus- tai muista kidutuskokemuksistaan. Tällöin lähete lääkärille jää saamatta eikä traumaa päästä hoitamaan.

Huomattava on myös, että *alaikäiset* kidutuksen uhrit (esimerkiksi entiset lapsisotilaat ja muunlaisen hyväksikäytön uhrit) eivät pääse Kidutettujen kuntoutuskeskuksen hoitoon. Kidutuksen uhrien tunnistaminen voi olla ongelmallistakin erityisesti alaikäisten tapauksissa. Vaikka alaikäisiä yleensäkin psykiatrasta hoitoa tarvitsevia eri syistä traumatisoituneita on Suomessa lukumääräisesti vähän, on muistettava, että lasten ja erityisesti alaikäisten yksintulleiden suhteellinen määrä on kasvussa. Heidän traumojensa tunnistamiseen ja asianmukaisen hoidon järjestämiseen tulisi panostaa: Heillä tulisi olla oikeus asiantuntevaan hoitosuhteeseen, olipa asuinpaikka mikä tahansa.

Mielenterveyden ongelmat ovat selvästi lisääntyneet turvapaikanhakijoiden keskuudessa yleensäkin, mutta erityisesti ns. Dublin–hakijat ovat monesti erittäin pahasti traumatisoituja tai lapsiperheitä, joilla on monenlaisia ongelmia. Ns. Dublin–menettely tuottaa ja tulee jatkossakin tuottamaan maasta toiseen matkustavia turvapaikanhakijoita, sillä monet EU-maat eivät huolehdi alueelleen tulevien turvapaikanhakijoiden palautuksesta kotimaahan kielteisen päätöksen jälkeen vaan kehottavat vain heitä vain poistumaan maasta. On inhimillistä, että nämä hakijat lähtevät toiseen maahan saadakseen suojelua taas toisessa maassa. Näin he ovat saattaneet viettää useitakin vuosia laittomasti EU–maissa ilman terveydenhoitoa tai muitakaan toimeentuloedellytyksiä, esimerkiksi kerjäten kadulla.

Turvapaikkamenettelyssä terveydentila on seikka, joka tulee ottaa kokonaisharkinnassa huomioon silloin kun hakijalle tehdään päätös ulkomaalaisvirastossa tai tuomioistuimessa. Tämän vuoksi *terveydentilan arviointi ja lääkärinlausunto* ovat erittäin tärkeitä elementtejä muodostettaessa kuvaa siitä, voidaanko hakijan sallia jäädä Suomeen turvapaikka- tai muulla perusteella. Suomesta on erittäin vaikea saada turvapaikkaa ja tieto heikoista mahdollisuuksista jäädä Suomeen aiheuttaa hakijoissa erittäin paljon ahdistusta ja mielenterveyden ongelmia. Ne ilmenevät yhä useammin vakavana itsemurhakäyttäytymisenä, mihin liittyvät itsemurhapuheet ja -yritykset. Tahdonvastaiseen hoitoon otettujen turvapaikanhakijoiden määrä lieneekin kasvussa jatkuvasti. Tahdonvastainen hoito estää kielteisen päätöksen jälkeen käännytyn Suomen, mutta yleensä vain siksi ajaksi kuin sairaalahoito jatkuu. Lääkärinlausuntojen merkitys asiantuntijalausuntoina on kuitenkin kaiken kaikkiaan erittäin suuri. Tarve saada sellainen hakemuksen tueksi onkin lähes kaikilla, jotka esimerkiksi ovat vaarassa tulla käännytetyiksi maahan, jossa on joutunut kidutuksen uhriksi tai jossa hakijan sairautta tai traumaa ei hoideta. Olisi erittäin toivottavaa, että turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten terveydenhoitoon panostettaisiin vaikkapa ottamalla jo koulutuksessa huomioon turvapaikanhakijat ja muut pakolaiset erityisryhmänä, joka selkeästi tarvitsee erityistä hoitoa. Yksittäisinä seikkoina panostaminen voisi olla myös sitä, että yhä useampi lääkäri kykenisi kirjoittamaan asiantuntevan lausunnon kidutusvammoista ja mahdollisista traumaista. Kidutettujen kuntoutuskeskuksen kaltainen asiantuntijataho on selkeästi tarpeellinen hoitopaikka kidutuksen uhreille, joilla hoidontarvetta on. Hoidontarvetta on varmasti paljon useammalla turvapaikanhakijalla kuin mitä Kidutettujen kuntoutuskeskus voi ottaa potilaakseen ottaa. Asiantuntevaa hoitoa tulisi kuitenkin jokaisella turvapaikanhakijalla olla oikeus ja mahdollisuus saada.

### 6.1.3 Yhteenvedo

Suomalaisen turvapaikkaprosessin selkeästi suurin ongelma ovat pitkät käsittelyajat: Jos turvapaikkakuulustelun hoitaa ulkomaalaisvirasto, ensimmäistä päätöstä joutuu odottamaan kuudesta yhdeksään kuukautta. Poliisin haastatellessa aikaa kuuluu noin puolitoista vuotta, joskus pitempäänkin. Nopeutetussa menettelyssä kielteistä päätöstä saa odottaa seitsemästä vuorokaudesta useaan kuukauteen.

Myös valitusprosessi vie aikaa: Helsingin hallinto-oikeus käsittelee valitusta keskimäärin vuoden. Korkein hallinto-oikeus sen sijaan työstää muutoksenhakulupahakemusta ja valitusta puolesta vuodesta vuoteen. Tuolloin koko prosessin kesto lähentelee jo viittä vuotta, jopa pidempään. Suomesta hakee vuosittain turvapaikkaa kymmeniä ilman huoltajaa saapuvia alaikäisiä. He saavat hakemuksensa käsiteltyä hiukan nopeammin kuin aikuiset. Heidän määränsä on lisääntynyt selkeästi viime vuosina.

Nykyisen järjestelmä ei kykene poimimaan heti alusta alkaen turvapaikanhakijoiden joukosta niitä hakijoita, jotka kuuluvat johonkin erityisryhmään, kuten alaikäiset, traumatisoituneet pakolaiset (raiskauksen ja kidutuksen uhrit), sekä muut pakolaisasemaan oikeuttamat turvapaikanhakijat ja antamaan heille edes kohtuullisessa ajassa päätöksiä. Ihmiset joutuvat odottamaan pitkään ja näillä ryhmillä (=he saavat kuitenkin myöhemmin oleskeluluvan) tämä tarkoittaa kuntoutumisen estymistä ja ratkaisevaa hidastumista. Toiseksi näyttöä on tämän turvapaikanhakijaryhmän "sairastumisesta" hakuprosessin aikana (BMA 2002; tässä raportissa myöhemmin)

Vain murto-osa traumatisoituneista turvapaikanhakijoista saa terveydentilastaan asianmukaisen lääkärlausunnon, joka liittyy hakuprosessiin ja jossa olisi esimerkiksi adekvaatti kannanotto mahdollisesta kidutuksesta tai seksuaalisesta väkivallasta. Vielä tätäkin pienempi osa turvapaikanhakijoista, jotka ovat ilmoittaneet kokeneensa kidutusta saavat lähetteen Kidutettujen kuntoutuskeskukseen ja sitä kautta myös adekvaatin lausunnon terveydentilastaan. Edelleenkin ongelmana on se, että eri viranomaistahot (Ulkomaalaisvirasto, Hallinto-oikeus ja Korkein oikeus) eivät ota riittävästi huomioon asiantuntijalausuntoja esimerkiksi kidutuksesta. Tilanne on viime vuosina hiukan parantunut, mutta käsittelyaikoihin asiantuntijalausunnot eivät juuri näytä vaikuttavan.

Lääkärintlausuntojen suhteen, erityisesti kidutuksen uhreilla turvapaikanhakijat ovat maassamme selkeästi eriarvoisessa asemassa, koska hoitoon pääsy on edelleen sattumanvaraista (lähetteitä ei tule kattavasti läheskään kaikista vastaanottokeskuksista). Toiseksi Helsingissä oleva pieni yksikkö, jolla on rajoitetut henkilöstö ja muut resurssit ei pysty hoitamaan koko laajan maan tarpeita.

## 6.2 Turvapaikanhakijoiden terveydentilaan liittyviä tutkimuksia

### 6.2.1 Ison Britannian lääkäriiliiton selonteko

Turvapaikanhakijoiden terveydentilaa on seurattu ja selvitetty myös kansainvälisesti. Erityisesti Isossa Britanniassa on viime vuosina noussut esiin vakava huoli erityisesti tämän väestönosan terveydentilasta ja heidän mahdollisuuksistaan saada asianmukaisia terveydenhuoltopalveluja. "Asylum seekers, meeting their healthcare needs" British Medical Association, BMA (2002).

Raportti nousee lukuisista havainnoista, että turvapaikkaprosessi vaikuttaa negatiivisesti turvapaikanhakijoiden terveydentilaan ja aiheuttaa erittäin voimakasta stressiä hakijoiden parissa ja näyttää johtavaa fyysiseen ja henkiseen sairastuvuuteen. Turvapaikanhakijoilla on myös vaikeuksia päästä asianmukaisten hoitopalvelujen piiriin. Turvapaikanhakijoiden terveydentilaan vaikuttavat monet samanaikaiset tekijät. Pakolaisuuden laajempi ymmärtäminen nousee olennaiseksi tekijäksi. Tämän väestönosan ongelmia selittää erittäin huolestusti esimerkiksi pelkästään sairauskeskeinen lähestymistapa.

BMA:n selonteon loppupäätelmässä todetaan selkeästi, että oleskelulupaa odottavien turvapaikanhakijoilla tulisi olla parempi ja helpompi pääsy terveydenhuoltopalvelujen piiriin ja heidän terveydentilansa tulisi pystyä arvioimaan yksilöllisesti ja heitä varten tulisi perustaa asianmukaisia moni ammatillisia työryhmiä. Turvapaikanhakijoiden terveydenhuollon tarpeet eivät ole pelkästään lääketieteellisiä tai terveydentilaan liittyviä. Taustalla tulee esiin taloudellinen panostus mm. henkilöstöresursseihin.

Selonteossa tarkastellaan ensin turvapaikanhakijoiden tavallisia terveysongelmia ja todetaan, että osa heistä tulee hyvin köyhistä maista, jossa ei ole juurikaan mahdollisuutta päästä terveydenhuollon palvelujen piiriin sodan tai resurssien puutteen vuoksi.

Selonteossa todetaan, että turvapaikanhakijoilla tyypillisiä tarttuvia tauteja on mm. tuberkuloosi, hepatiitti A, B ja C, Hiv/AIDS sekä loistaudit. Turvapaikanhakijat käyvät läpi terveystarkastuksen, jossa mahdolliset sairaudet todetaan. Sodan ja kidutuksen aiheuttamia vammoja ja sairauksia ovat mm. maamiinoista johtuvat vammat, amputoimiset, näköpuutokset, kuulovauriot ja mielenterveysongelmat. Taustalla saattaa olla myös mm. aliravitsemusta, raiskauksia ja seksuaalista hyväksikäyttöä, lapsisotilaiden pakkovärväystä, poliittista sortoa, pitkittynyttä pakolaisleirielämää, vangitsemisia, traumaattisten tapahtumien todistamista, miehityksen alla elämistä, kodin ja omaisuuden tuhoutumista, perheenjäsenten ja ystävien katoamisia ja panttivangiksi tai ihmiskilveksi joutumista.

Maahanmuuttoon ja turvapaikanhakuun liittyy usein myös yhteiskunnallisen statuksen menettäminen, koti-ikävä, ympäristön ja ilmaston muutoksen tuomat haasteet, epävarmuus turvapaikkaprosessin kestosta ja puutteellinen tieto palveluista.

Edellä kuvatuista olosuhteista ja tapahtumista saattaa BMA:n raportin mukaan seurauksena olla erilaisia psykologiseen ja sosiaaliseen elämään liittyviä ongelmia. Näitä ovat mm. masennus, ahdistus, stressi, pitkittyneeseen stressiin liittyvät fyysiset sairaudet (esimerkiksi, sydänvaivat, syöpä, infektioherkkyys, vatsakatarri tai vatsahaava), pelko-oireyhtymä (esim. ihmispelko, auktoriteettipelko),

Raportin mukaan suurin osa turvapaikanhakijoista on miehiä, jotka ovat keskimäärin iältään 18-34 -vuotiaita. Miehet ovat erityisen alttiita yhteiskunnallisen statuksen laskulle ja heidän keskuudessaan masennus ja ahdistus on tavallista. Joissakin maissa myös oleskeluluvan saaneilla miehillä on naisia vaikeampi löytää töitä ja usein miehet ovat naisia haluttomampia hakeutumaan terveydenhuoltopalvelujen piiriin.

Turvapaikanhakijanaisten erityishaasteita ovat taas naistentautien, perheensuunnittelun ja äitiyteen liittyvät tarpeet. Näiden palvelujen tulisi olla sensitiivisiä ja heidän kulttuurilleen sopivaa. Heillä tulisi olla tarvittaessa oikeus myös tulkin ja esimerkiksi lääkärin sukupuolen valitsemiseen. Naisten vieraan kielen taito, esimerkiksi englannin kielen puheen tai kirjoittamisen taito on usein miehiä huonompi. Tulkin käyttö on välttämätöntä eikä perheenjäseniä tule käyttää tulkkeina. Naiset raportoivat miehiä useammin huonosta terveydentilasta tai masennuksesta. He ovat usein yksinäisiä, mutta hakeutuvat mielellään ryhmään ja hyötyvät miehiä paremmin tyhmän tuomasta tuesta ja kontaktista.

Naisten osalta on myös syytä muistaa naisten sukuelintensilpomiset (FGM) niihin liittyvät erittäin vakavat terveysongelmat ja riskit. Britanniaan tulevista turvapaikanhakijoista erityisesti Eritreasta, Etiopiasta ja Somaliasta tulevilla FMG on yleistä. Maahantulovaiheessa turvapaikanhakijoille, niin miehille kuin naisille kerrotaan, että tällainen menettely on Britanniaassa laitonta ja rangaistava rikos.

Turvapaikkaa hakevat lapset ovat erityisen haavoittuvia. Erityisesti tämä koskee yksin ilman huoltajaa tulevia lapsia. Lapsuus ja nuoruus ovat erityisen haavoittavaa aikaa ja vaikeudet tällä jaksolla voivat johtaa läpi elämän kestäviin vaikeuksiin. Jotkut lapset ovat kokeneet nälänhätää ja heillä on ollut aliravitsemustiloja, jotka vaikuttavat mm. aivojen kehittymiseen. Pitkään jatkuneella aliravitsemuksella näyttäisi olevan merkitystä myöhemmän iän mm. erityyppisten mielenterveysvaikeuksien lisääntymisenä ja sosiaalisten taitojen puutoksina. Traumatisoituneilla lapsilla on myös havaittu vakavia ongelmia kanssakäymi-

sessä toisten ihmisten kanssa. Yksin tulleita lapsia suositetaan raportissa sijoitettavan ryhmäkoteihin, ei vastaanottokeskuksiin.

Lapset tarvitsevat moni ammatillista tukea ja ryhmämuotoiset majoitusratkaisut ovat parhaita. Vastaanottokeskus ei ole heille sopiva ympäristö. Lapsille suositetaan mahdollisimman paljon kontakteja kantaväestön kanssa ja BMA:n selonteossa suositetaan selkeästi heidän koulunkäyntinsä järjestettävän tavallisten koulujen yhteydessä.

Vanhuksia on varsin vähän turvapaikanhakijoiden keskuudessa, mutta he ovat erittäin suuri riskiryhmä niiden joukossa jotka eivät tule koskaan sopeutumaan uuden maan olosuhteisiin. Tämä haavoittuva ryhmä tarvitsee usein terveystalvveluja ja se heille tulisi taata helpposti ja tarvittaessa välittömästi. Vanhukset ovat pääsääntöisesti hämmennyneempiä kuin muut turvapaikanhakijat, he sopeutuvat hitaammin, oppivat kieltä hitaammin ja heidän kaikkalainen selviytymisensä ilman ulkopuolisen apua on heikompaa. Tämä pieni ryhmä tarvitsee aivan erityisen otteen myös turvapaikkahakuprosessin aikana ja joskus erityisjärjestelyjä majoituksen suhteen.

Raportissa todetaan lopuksi, että psyykkinen paine ja stressi ovat tavallisia turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten parissa. Joillakin heistä voi olla kidutuskokemuksia ilman mitään vakavia ja syviä erityisiä psyykkisiä jälkiseuraamuksia. Ainoat oireet voivat olla hiukan lisääntynyt ahdistuneisuus ja satunnaiset painajaisunet. Toisilla vastaavia kokeneilla voi olla hyvin vaikeita lamauttavia ahdistus - ja masennustiloja, syyllisyyttä, häpeää, itsetunnon menettämistä, vaikeita painajaisia, takautumia ja jopa psykoottisia tiloja. Joillakin voi olla osoitettavissa oleva krooninen mielenterveysongelma, joka on selkeästi yhteydessä heidän kokemuksiinsa sota tai muihin traumoihin. Monet turvapaikanhakijat ovat joutuneet monella eri tavalla auktoriteettitahon vallankäytön kohteeksi ja ovat siksi pelokkaita kaikissa tilanteissa, jotka muistuttavat alkuperäistä tilannetta. Tämä tulee esiin esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisissa, jolloin luottamuksen rakentaminen on erityisen vaikeata ja siihen pitää kiinnittää erityistä huomiota. Erityisesti kidutuksen uhrit tarvitsevat runsaasti aikaa luottamuksen saavuttamiseksi ja sen kertomiseksi mitä he ovat joutuneet kokemaan. Yleensä tämä ei onnistu helposti, vaan vaatii aktiivista työtä.

Määrättäessä ja annettaessa hoitoa erilaisiin psyykkisiin vaivoihin, joudutaan usein kohtaamaan suuria vaikeuksia. Tuolloin kommunikaatiokyvykset ja kielellinen ymmärtäminen nousee etusijalle, samoin erilaiset käsitykset ja merkitykset, mitkä liittyvät mielenterveysongelmiin. Jokaisella kulttuurilla on aivan oma käsitysjärjestelmänsä nimenomaan mielenterveyteen liittyvissä asioissa. Myös hoitoon hakeutumisessa on valtavasti eroavaisuuksia. BMA:n selonteossa todetaankin, että turvapaikanhakijan mielenterveysongelmia hoidettaessa tarvitaan aivan erityistä taitoa ja osaamista. Selonteossa ilmeni, että terveydenhuollon henkilöstö ei useinkaan ymmärrä eikä reagoi näihin ongelmiin, erityisesti jos ne liittyvät lähtömaan kokemuksiin ja kulttuuriin liittyviin tekijöihin.

Länsimaisen käsityksen mukaisen hoidon onnistuminen riippuu hyvin paljon ihmisen sosioekonomisesta- sekä kulttuuritaustasta. Monessakaan lähtömaassa ei ole perinnettä käydä lääkärin tai terapeutin vastaanotolla, vaan traumaista selviytymiseen käytetään hyvin erilaisia keinoja. Monelle esimerkiksi pelkkä tarinan kertominen riittää ja se voi olla heille terapeutin kokemus. Toisille kertominen voi taas olla hirvittävä stressi ja unohtamista voidaan pitää selviytymiskeinona. Raportin mukaan pitkittynyt turvapaikkapäätöksen odottaminen ei johda ainoastaan stressiin vaan stressioireyhtymään, joka on itsessään oma sairautensa. Stressi voi johtaa sydänsairauteen (kohonnut verenpaine ja kolesteroli), altistaa infektioille alentamalla vastustuskykyä, altistaa syövälle ja voi hoitaa vaikeisiin vatsaki-

puihin ja toimintahäiriöihin (stressimaha, suoliston verenkierto- ja toimintahäiriöt). Myös sokeriaineenvaihdunnan häiriöt ovat tavallisia.

Britannian kokemusten mukaan turvapaikanhakijoiden luomat onnistuneet yhteydet paikallisiin etnisiin yhteisöihin helpottaa selvästi stressiä sekä psyykkistä oireilua, sekä helpottaa heidän integroitumistaan. Myös riski sairastua on vähäisempi. Prosessin epäonnistuessa turvapaikanhakijat ovat selkeästi alttiimpia masentumaan.

Selonteon pohjalta BMA suosittelee, että turvapaikanhakuun liittyvien asioiden hallinnointi on selkeää ja riittävästi resursoitua, yhteistyö viranomaisten välillä on tehokasta ja tulkin käyttö on automaattista silloin, kun yhteistä kieltä ei ole. Lisäksi turvapaikanhakijoiden fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan tulee kiinnittää huomiota ja tutkia viranomaiskäytäntöjen yhteyttä turvapaikanhakijoiden terveydentilaan. Turvapaikanhakijoille tulisi taata riittävä tiedonsaanti omalla äidinkielellään terveyspalveluista ja terveydenhuollon ammattilaisille koulutusta pakolaisuuteen ja monikulttuurisuuteen liittyvistä tekijöistä.

## **7 SUOMESSA TEHTYJÄ SELVITYKSIÄ, JOTKA LIITTYVÄT MAAHANMUUTTAJIEN PSYKOSOSIAALISEEN HYVINVOINTIIN**

### ***7.1 Espoon aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut –työryhmän loppuraportti***

Moniammatillisen ja monikulttuurisen työryhmän tavoitteena oli selvittää maahanmuuttaja-aikuisten mielenterveyspalveluiden tarvetta ja tarjontaa sekä työskentelytoimenpiteiden ehdotuksia puutteiden parantamiseksi. Tavoitteena oli, että maahanmuuttajilla olisi samanlainen mahdollisuus saada palveluja mielenterveyteen liittyvissä asioissa kuin valtaväestöllä.

Hoitohenkilökunnalle suunnatussa kyselytutkimuksessa ilmeni että keskimääräinen asiakassuhteiden määrä kyselyn aikana perusterveydenhuollossa oli varsin vähäinen vuoden 2000 aikana. Syynä maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden vähyyteen mainittiin tiedon puute palveluista, kieli- ja kulttuuriongelmat, sekä että maahanmuuttajien arveltiin kuuluvan erillisten erikoispalvelujen piiriin. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että maahanmuuttajat tarvitsisivat enemmän mielenterveyden tukemista kuin kantaväestö. Asiakassuhteet koettiin myös vaikeina ja vaativina. Yli puolella vastanneista ei ollut mitään koulutusta maahanmuuttaja-asioissa ja lopuillakin vain satunnaisesti. Koulutustoive oli vastaajien yhteneväinen toive.

Selvityksessä ilmenee myös, että maahanmuuttajia on myös hyvin vähän mielenterveyssektorin potilaina (useilla alueellisilla poliklinikoilla oli alle kymmenen maahanmuuttajaa vuoden aikana) Myös paluumuuttajille (inkerinsuomalaiset) tehdyn kyselyn mukaan, jossa kartoitettiin paluumuuttajien mielenterveyspalveluiden tuntemusta, 23:lla 25:sta paluumuuttajasta ei ollut minkäänlaista tietoa mielenterveyspalveluista. Huolestuttavana on myös pidettävä sitä, että Espoon turvakotiin tulleista naisista jopa 24 % oli maahanmuuttajia ja maahanmuuttajalasten osuus oli vielä tätä suurempi.

Leppävaaran terveyskeskuksen ylilääkärin Tuula Arvosen mukaan maahanmuuttajien mielenterveysongelmat näkyvät terveysasemilla. Vastaanotolla maahanmuuttajat viestittävät fyysisillä vaivoilla eri syistä johtuvaa pahaa oloa ja koettuja traumoja. Myöskään lääkäreillä ei ole riittävästi tietoa maahanmuuttoon ja pakolaisuuteen liittyvistä erityisongelmista.



Työryhmän kehittämis ehdotukset ovat: (1) Mielenterveysasioiden vastuuhenkilötoiminnan aloittaminen. Alueelliset vastuuhenkilöt on valittu Jorvin psykiatrian yksiköistä alueilla ja sairaalassa, sekä terveysasemilla, sosiaalitoimistoissa sekä sosiaali- ja kriisipäivystyksessä. Myös perheneuvoloiden ja lääkäreiden edustus nähtiin tärkeänä, mikä ei valitettavasti täysin toteutunut. Vastuuhenkilöille on järjestetty kahdesti vuodessa säännölliset jatkokoulutuspäivät. (2) Omakielinen (10 eri kielellä) esite mielenterveydestä ja palveluista maahanmuuttajille. Esitteen tarkoituksena on ollut auttaa tunnistamaan avun tarvetta sekä kertoa mistä apua on saatavilla. Esitteen työstämisessä oli mukana myös työryhmän maahanmuuttajajäseniä. Esitteen yhteystiedot täytetään kunkin asiakkaan kohdalla yksilöllisesti, joten tärkeät puhelinnumerot ja muut tiedot tulevat automaattisesti päivitetynksi. Esite on saanut hyvän vastaanoton myös Espoon ulkopuolella.

Muina suosituksina oli Espooseen tulevien pakolaisia koskeva yhtenäinen vastaanottomalli. Pyrkimyksenä olisi se, että psykiatrien sairaanhoitaja tekisi työparinsa kanssa psykososiaalisen haastattelun kaikille Espooseen tuleville pakolaisille. Haastattelun tavoitteena olisi traumatisoitumisen ja mielenterveysongelmien mahdollisimman varhainen toteaminen ja asiakkaiden ohjaaminen oikeaan hoitopisteeseen. Toisena tavoitteena oli vertaisryhmien perustaminen, jolloin haastattelun pohjalta asiakkaat pääsisivät mahdollisimman varhain ryhmään. Näiden suositusten toteuttamiseen ei toistaiseksi ole ollut resursseja. Työryhmä suositti myös maahanmuuttajataustaisten perhetyöntekijöiden palkkaamista alueille sosiaalityöntekijöiden pariin, mikä on vähitellen toteutunutkin. Lisäksi suunniteltiin kuntouttavia kielikurssi/työtoiminta/terapia mahdollisuuksia mielenterveysongelmista kärsiville maahanmuuttajille. Työryhmän huolenaiheina oli myös niiden maahanmuuttajien palveluihin ohjautuminen, jotka eivät kuulu Espoon maahanmuuttajatyön palveluyksikön palvelujen piiriin.

Maahanmuuttajan hoitopolun aktiivinen seuranta kaikissa eri hoitojen vaiheessa nähtiin erityisen merkityksellisenä. Käytännössä tämä liittyy tiedonkulkuun ja varmistamiseen siitä, että potilas on todellakin hoidon piirissä, hänet on ohjattu jatkohoitoon tai että esimerkiksi sairaalahoidon jälkeen avohoito on järjestetty. Raportissa todetaan, että tarvitaan vastuuhenkilöitä, jotka pitävät aktiivisesti yhteyttä niin hoitaviin tahoihin kuin asiakkaisiin. Työryhmän eri jäsenten kokemusten mukaan nimenomaan aktiivisuus hoitokontaktien luomisessa ja pitkäjänteisessä ylläpitämisessä on tämän potilasryhmän kohdalla keskeistä. Yleisenä kokemuksena on että passiivisessa ja odottavassa tilanteessa potilaat jäävät hoidon ulkopuolelle.

## *7.2 Maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen tarve, toimivuus ja haasteet Helsingissä*

Lasten mielenterveystilanteesta ja palvelujärjestelmän kehittämishaasteista tehtiin selvitys Helsingin kaupungin sosiaaliviraston maahanmuuttoyksikössä vuonna 2003 (Uusijärvi 2003).

Selvityksessä todetaan, että sen ”lähtökohtana oli käsitys, että maahanmuuttajalapsen selkeästi ylliedustettuina sekä mielenterveyspalveluissa että lastensuojelun piirissä. Oli todettu, että esimerkiksi lastenpsykiatrisen arviointipoliklinikan ja HUS lastenpsykiatrian potilaista merkittävä osa tuli muista kuin suomea äidinkielenään puhuvista perheistä. Oli myös havaittu, että näillä lapsilla on moniongelmaisuuksia ja perheitten taloudellinen tilanne on usein vaikea. Myös valmiutta käyttää palveluita pidettiin puutteellisenä.”

Selvityksen mukaan hieman yli puolet vastanneista arveli, että maahanmuuttajataustaisilla lapsilla ja nuorilla on enemmän ongelmia kuin valtaväestöön kuuluvilla lapsilla ja nuorilla. Lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmien syinä kyselyyn vastanneet asiantuntijat uskoivat olevan mm. kieliongelmat, kulttuuriset ristiriidat, maahanmuuttoon liittyvät sopeutumisongelmat, vanhempien ja lasten sopeutumisprosessin eriaikaisuus sekä vanhempien tai lasten maahantuloa edeltäneet traumaattiset kokemukset. Raportissa todetaan kuitenkin, että tarvittaisiin tarkempaa selvittelyä siitä, missä määrin lasten ongelmat voidaan tosiasiallisesti jäljittää traumaattisista kokemuksista johtuviksi, ja miten tämä havaitaan lasten käytäytymisessä?

Vastauksissa painotettiin vanhempien vaikean elämäntilanteen heijastumista lasten hyvinvointiin. Tähän liittyen mainittiin mm. vanhempien omista ongelmista johtuva kyvyttömyys tukea lapsia, heidän arkuutensa hakeutua palveluihin tai tietämättömyys suomalaisesta palvelujärjestelmästä. Myös kiusaaminen, ennakkoluulot, leimaaminen ja syrjintä aiheuttivat lapsille turvattomuutta, erilaisuuden tunnetta, yksinäisyyttä ja epävarmuutta tulevaisuudesta (irrallisuutta) sekä koti-ikävää.

Kielivaikeuksista todetaan, että niiden usein katsottiin johtavan mm. jaksamis- ja keskittymisongelmiin, kiukkuisuuteen ja jopa aggressiiviseen käyttäytymiseen. On myös havaintoja ”kielettömistä” lapsista, mikä tarkoittaa sitä, ettei lapsi ole oppinut mitään kieltä hyvin. Kaikki vanhemmat eivät ymmärrä äidinkielen hyvän oppimisen edellyttävän erityistä ponnistelua silloin, kun lapsi elää vieraskielisessä ympäristössä. Toisaalta lapset menevät usein liian myöhään päivähoitoon oppiakseen riittävästi suomen kieltä ennen koulun alkua.”

Tuloksissa korostui perheen ja vanhempien läsnäolon merkitys lapsen ja nuoren hyvinvoinnille. Maahanmuutto on kuitenkin jokaiselle perheenjäsenelle jonkinasteinen kriisi. Etenkin pakolaisperheet tarvitsisivat tulosten mukaan nopeasti vahvat tukirakenteet ympärilleen, jotta vanhemmat jaksavat olla vanhempia. Joskus myös lastensuojelun interventiot ovat tarpeen.

Nuorten kohdalla vanhempien merkitys ja kulttuuriristiriidat liittyvät usein yhteen: kun kaverimaailman merkitys kasvaa murrosiässä, jotkut identiteetti-ongelmien kanssa kamppailevat nuoret omaksuvat selviytymiskeinoksi ”huonot suomalaiset tavat” ja muodostavat oman rikoksiin ja päihteiden käyttöön altistavan alakulttuurinsa. Tästä seuraa usein ristiriitoja vanhempien kanssa ja riski mielenterveydenongelmiin kasvaa.. Raportissa todetaan, että jos maahantulo ajoittuu murrosikään, on syrjäytymisen riski erityisen suuri.

Selonteossa todetaan, että ”maahanmuuttajalasten mielenterveysongelmista puhuttaessa erot valtaväestöön löytyvät pääosin syistä, eivät oireista. Eri ammattikuntien arviot ongelmien syistä olivat yllättävän yhdenmukaisia.”

Raportissa on tunnistettu useita kehittämishaasteita. Vaikka Helsingissä on kotouttamisohjelman mukaisesti lähtökohtana normaalipalveluiden kehittäminen niin, että myös maahanmuuttajien tarpeet tulevat tasavertaisesti täytetyksi, ei tätä lähtökohtaa raportin mukaan ole täysin hyväksytty, minkä tulkitaan näkyvän myös palveluasenteissa: työntekijöillä todettiin olevan usein korkea kynnys tutkia ja hoitaa maahanmuuttajia. Siksi pidettiin tärkeänä, että maahanmuuttoon liittyviä erityisongelmia ja maahanmuuttajien sopeutumisprosessia ymmärrettäisiin paremmin, myös rasismin ja syrjinnän tunnistamiseksi ja ehkäisemiseksi kaivattiin valmennusta. Peruspalveluissa todettiin olevan tarvetta asiantuntijuuden jakamisesta, konsultaatiosta ja työnohjauksesta. Myös palvelujen jalkautumista, verkostoitumista, kokonaisvaltaisempaa ohjausta ja koordinoitua pidettiin tärkeänä.

Yksi suurimpia lasten ja nuorten mielenterveystyön esteitä on raportin mukaan vanhempien epäluuloisuus mielenterveyspalveluja kohtaan. Siksi palveluista tiedottamiseen ja vanhempien luottamuksen voittamiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Raportissa ehdotetaan maahanmuuttajataustaisia työntekijöitä linkeiksi maahanmuuttajien ja palvelujärjestelmän välille. Kunnallisen palvelujärjestelmän ehdotetaankin hyödyntävän tehokkaammin monista projekteista saatuja kokemuksia linkkitoiminnasta.

Selvitys vahvistaa oletuksen, että maahanmuuttajalapsilla on paljon mielenterveydellistä oireilua, ja että heidän hoitoon ohjautumisensa tiellä on paljon esteitä. Kun lastensuojelu puuttuu perheen tilanteeseen, on usein kulunut liian pitkä aika ja tapahtunut liian paljon. Koska maahanmuuttajalasten ja -nuorten oireilu ei poikkea valtaväestön vastaavan ikäryhmän oireilusta, pystyvät ammattitaitoiset työntekijät auttamaan näitä lapsia ja nuoria heidän ongelmissaan. Työtapojen suhteen täytyy kuitenkin olla valmius reagoida muuttuvan asiakaskunnan tarpeisiin. Esimerkiksi toiminnallisten ryhmien käytöstä on hyviä kokemuksia, koska niissä kieli ei ole ainoa kommunikoinnin ja ilmaisun väline. Johtopäätöksenä todetaan, että Helsingin kotouttamisohjelmassa esitetyt tavoitteet ovat keskeisiä ja tärkeitä, mutta maahanmuuttajalasten ja nuorten osalta pääosin saavuttamatta. Erityisen haitallista lasten ja nuorten hyvinvoinnin kannalta on se, ettei toimivan kaksikielisyyden tukeminen ole ollut päivähoidossa ja kouluissa riittävää.

### *7.3 Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtamisesta Tampereen terveydenhuolto –järjestelmässä*

**(Launiala & Mwova & Pisehger 2004)**

Hyvä, tuore selvitys, kyselytutkimus, joka vahvistaa tässä selonteossa esille tulevat ja havaittu asiat hyvin, selkeästi ja elävästi esiin. Kyselytutkimuksen parasta antia on sen selkeys. Mielenterveysasioissa sivuttiin useita arkaluontoisia ydinkysymyksiä. Tulokset esitettiin luettelomuomaisesti.

Kyselytutkimuksessa maahanmuuttajapotilaiden hoitoon liittyivät seuraaviin ydinongelmiin, joita ei tässä lähdetä sen enempää avaamaan. Esimerkiksi kommunikaatioon liittyvät ongelmat jaettiin alaryhmiin, kuten tulkin käyttöön liittyvät ongelmat, erilaiset tautikäsitteet ja kulttuurista johtuvat kommunikaatio-ongelmat ja muut kommunikaatioon liittyvät ongelmat jokainen alaryhmä eriteltynä erikseen.

- Kommunikaatioon liittyvät ongelmat
- Ajankäyttöön liittyvät ongelmat
- Perheen mukaan tuleminen vastaanotolle
- Mies puhuu vaimon puolesta
- Sensitiiviset aiheet joista ei voida keskustella

### *7.4 Erityisen haavoittuvainen ryhmä: Ilman huoltajaa tulleet alaikäiset*

Suomessa on alaikäisin, yksin ilman vanhempia tulevia turvapaikanhakijalapsia ollut vuonna 1993 110 ja vuonna 2004 139. Lapset ovat sijoitettuna pääosin perheryhmäkoteihin eri puolille Suomea. Näiden lapsien yksittäisistä todella surullisista kohtaloista tulee jatkuvasti uutisia. Heidän tilanteensa erityiskysymykset asettavat erityisesti viranomaisyhteistyönkovalle koetukselle. Huomioitavaa on että tämän ryhmän turvapaikkamenettelyn kesto

ei olennaisesti eroa aikuisten vastaavasti. Lisäksi pitkät ja monimutkaiset perheenyhdistämiskuviot eivät ole omiaan helpottamaan yhteyden saamista lähiomaisiin. Ilmeistä on, että ero vanhemmista ja vanhempien menettämisellä on selkeä negatiivinen vaikutus henkiseen hyvinvointiin. Orpojen osa on heikoin.

Reeta Helanderin ja Anna Mikkosen (2002) selvitys "Ikävä äitiä...Ilman huoltajaa tulleet pakolaislapset Suomessa" kuvaa koskettavasti tämän erityisen haavoittuvaisen ryhmän ongelmia. Nämä lapset ja nuoret ovat menettäneet tutun ja turvallisen elinympäristönsä: vanhempansa, perheensä, ystävänsä, kotinsa ja koulunsa, ja kärsivät turvattomuuden ja hylätyksi tulemisen tunteesta ja ikävöivät perhettään. Lapsia sotatilanteessa tutkineet tutkijat sanovat, että ero perheestä on traumaattisinta, mitä lapsi voi kokea, jopa traumaattisempaa kuin pommitusten kokeminen tai väkivallan näkeminen. Ilman huoltajaa tulleiden lasten todetaan selvityksessä altistuneen monille "stressitekijöille", jotka vaarantavat lapsen kykyä selviytyä. Selvitys painottaa, että ilman huoltajaa tulleiden pakolaislasten hyvinvoinnista puhuttaessa on otettava huomioon pakomatkaa edeltävät traumaattiset kokemukset, paon ja pakomatkan kokemukset sekä olosuhteet turvapaikkamaassa. Pakolaisuuden ja vanhemmista eroon joutumisen vaikutukset riippuvat myös lapsen iästä ja kypsyydestä.

Haastateltuja lapset ja nuoret kärsivät monenlaisista ongelmista ja psykosomaattisista oireista, mm. keskittymisvaikeuksista, unettomuudesta, painajaisista, syömishäiriöistä, vuoteenkastelusta, masentuneisuudesta ja aggressiivisuudesta. Muutamat lapset olivat alkaneet änkyttämään järkyttävien kokemusten jälkeen. Monilla lapsilla ja nuorilla on jatkuvaa selettämätöntä päänsärkyä tai vatsakipua, he itkivät usein ja olivat peloissaan öisin. Selvityksen tuloksia tukevat myös Andre Souranderin (1998) ja Nina Forsten-Lindmanin (1998) tutkimukset. Forsten-Lindman tuli johtopäätökseen, että on ensisijaisen tärkeää, että lapset kävisivät läpi ja työstäisivät traumaattisia kokemuksiaan. Toisaalta myös pitkä turvapaikka- ja perheenyhdistämispäätösten odotusaika aiheuttaa tarpeetonta ahdistusta ja kärsimystä lapsille ja nuorille.

Vaikka ilman huoltajaa saapuneet lapset ja nuoret tarvitsisivat pitkäaikaista ja luotettavaa keskusteluapua, esteenä palvelujen käytölle on leimaantumisen pelko, se että länsimaiset hoitomenetelmät saattavat tuntua vierailta ja ovat vaikeita toteuttaa myös kielen takia. Selvityksessä ehdotetaan vaihtoehtoisten menetelmien kehittämistä (esim. taide- tai musiikki-terapia) sekä oman kulttuurin arvostettujen henkilöiden ja asiantuntijoiden (mm. parantajat) mukaan ottamista terapiatyössä. Myös lasten parissa työskentelevien, esimerkiksi opettajien, tulisi osata tunnistamaan lasten psyykkiset oireet ja ongelmat. Myös ennaltaehkäisevien toimenpiteiden tärkeyttä jo maahantulovaiheessa painotetaan selvityksessä.

## *7.5 Turvapaikanhakijoiden psykososiaalinen tukeminen*

Seuraavassa esitellään Oulun vastaanottokeskuksessa tehdyn kehittämisprojektin kokemukset ja saadut tulokset. (Työministeriön julkaisu; Maahanmuuttoasiasia Nro.8)

Kyseessä on mielenterveystyön ja psykososiaalisen tuen hanke. Se perustuu turvapaikanhakijoiden kanssa useamman vuoden työskennelleen psykiatri Asko Niemelän kehityssuunnitelmaan ja oli Suomessa urauurtava pioneerihanke koko maata koskevassa turvapaikanhakijoiden vastaanottoinnassa. Projekti toteutettiin Oulun vastaanottokeskuksessa ja kohderyhmän olivat turvapaikkaa hakevat pakolaiset. Tiiviinä yhteistyötahona oli Oulun yliopiston psykiatrian klinikka, josta ostopalveluina hankittiin psykiatrian erikoislääkäripalvelut.

Projektin aikana ensimmäistä kertaa toteutettiin psykiatriset konsultaatiot systemaattisesti ja pääsääntöisesti vastaanottokeskuksessa paikan päällä. Erikoislääkäri oli selkeästi moniammattillisen työryhmän johtaja. 20 viikkotunnin työajasta osa käytettiin henkilökunnan konsultaatioon ja työnohjaukseen, joka oli selkeästi koulutuksellista ja muiden työntekijäryhmien ammattitaitoa lisäävää toimintaa. Erikoislääkäri osallistui myös asukkaiden ja henkilökunnan parissa kuukausittain järjestettyihin yhteiskokouksiin.

”Psykiatrinen toiminta tässä projektissa on osa mielenterveydenhoitoa ja psykososiaalista tukemista. Siihen liittyi kiinteästi ja oleellisesti muiden erityistyöntekijöiden toiminta.” Hoidossa erikoissairaanhoidtaja vastasi suurimmasta osasta varsinaisista psykoterapeuttisista hoitosuhteista.

Raportista ilmenee, että erilaiset mielenterveyshäiriöt olivat varsin tavallisia turvapaikanhakijoiden kesken. Projektissa asiakkaita arvioitiin systemaattisesti ja heille tehtiin huolelliset sairauskertomusmerkinnät. Psykiatrisen arvioinnin perusteella asiakkaille tehtiin automaattisesti diagnostinen arvio, hoitoarvio ja hoitosuunnitelma. Raportista ilmenee myös että psyykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot olivat tavallisia ja yleisimpiä psykiatreilla käyntheihin. Vuosina 2000 ja 2001 70 % kaikista käynneistä kuului tähän ryhmään. Sopeutumishäiriöt ja erityisesti traumaperäinen stressireaktio tai stressihäiriö (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD, DSM IV) olivat varsin yleisiä. Tulokset vastasivat hyvin niitä tutkimustuloksia, joissa oli tarkasteltu häiriön yleisyyttä vastaavanlaisien pakolaisten/turvapaikanhakijoiden ryhmissä. Traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys väestöryhmissä, jotka ovat kokeneet voimakkaita traumaattisia tapahtumia kuten sotaa, poliittista vainoa ja pakolaisuutta on 15 - 90 %. Kidutuksen uhreista yli puolet, jopa 90 % on kärsinyt pitkäaikaisista traumaperäisestä stressihäiriöistä.

Mielialahäiriöt olivat myös tavallisia vuosina 2000 ja 2001. Noin 20 % psykiatrin vastaanotolla käyneistä diagnosoitiin mielialahäiriö, joka pääsääntöisesti oli lievä, keskivaikea tai sekamuotoinen masennustila. Hypomaanisia tai psykoottisia, vakavia syviä masennustiloja oli vähän. Skitsofreniaan liittyviä potilaskäyntejä oli vain yksi, mikä liittyi lyhyeen seuranta-aikaan ja myös häiriön harvinaisuuteen ja myös sattumaan.

Säännöllistä lääkitystä oli käytössä vain noin puolella vastaanotolla käyneistä potilaista, lääkitystä käytettiin yhdistettynä muihin hoitoihin. Suurimmalla osalla lääkitystä oli kuitenkin kokeiltu jossain vaiheessa hoitoa. Tavallisin syy lääkitykseen olivat traumaperäinen stressireaktio ja mielialahäiriöt. Yleisimmät lääkkeet olivat uuden polven mielialalääkkeet. Varsinaisten psykoosilääkkeiden osuus ja käyttö oli hyvin vähäistä. Rauhoittavia lääkkeitä käytettiin jonkin verran, mutta niitä ei käytetty ensisijaislääkityksenä ahdistuksen hoitoon.

Ennen projektia maahanmuuttajien mielenterveystyön osaaminen painottui selkeästi Etelä-Suomeen. Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan työntekijöiden kokemus traumatisoituneiden ja kidutettujen maahanmuuttajien kanssa työskentelystä on lisääntynyt. Projektin aikana Oulun vastaanottokeskuksessa erikoistumisvaiheessa työskennelleet lääkärin ovat omalta osaltaan saaneet pakolaistyöstä tietoa ja osaamista ja siirtäneet sitä uusiin toimipaikkoihinsa. Ennen projektia turvapaikanhakijoiden psykiatrisen hoidon diagnosoinnista ei ole ollut saatavilla sellaista tietoa kuin sitä oli kertynyt projektin aikana. Tämä hyödytti niin vastaanottokeskuksen henkilökuntaa kuin yliopistoklinikkaakin. Projektin myötä myös muiden vastaanottokeskusten tietous lisääntyi ja erityisasiakkaita voitiin lähettää Ouluun.

Projektin aikana psykiatripalvelujen saatavuus oli hyvä ja psykiatrit työskentelivät vastaanottokeskuksessa. Psykiatrien läsnäolo moniammatillisessa mielenterveystyöryhmässä

on tukenut sekä henkilöstön että psykiatrien itsensä työskentelyä ja myös mahdollistanut asiakaslähtöisen työskentelytavan. Projektin aikana vastaanottokeskukseen tulleet erityistyöntekijät, kuten erikoissairaanhoitaja ovat kyenneet antamaan supportiivista, siis tukea antavaa ja kriisiterapiaa jo varsin varhaisessa vaiheessa. Tällä on selkeästi ollut preventiivistä merkitystä. Erityistyöntekijöillä on ollut myös mahdollista tavata asiakkaita useamman kerran viikossa, mikä on suuri etu kriisitilanteissa. Toimintaterapeutti on tehnyt erityisasukkailla toimintakyvyn arvioinnin, jonka tarkoitus oli selvittää asukkaan mahdollisuudet toimia arkipäivän eri tilanteissa. Toimintaterapialla asukkaan elämänlaatua on edistetty toiminnan tietoisella ja tavoitteellisella käytöllä. Perheterapiapalvelujen tarjoaminen turvapaikanhakijoille on ollut täysin uutta suomen vastaanottokeskuksissa. Psykososiaalisen tukemisen sekä tiiviin ja tavoitteellisen moni ammatillisen työskentelyn ansiosta vältettiin usein mm. huostaanotoilta.

Aikaisemmin sairaanhoidon jälkeisiä avohoidon tukitoimia ei ole voitu järjestää, koska siihen liittyvää henkilöstöä ja ammattitaitoa ei vastaanottokeskuksessa ole ollut. Tämän vuoksi sairaanhoitajaksot ovat olleet pidempiä. Ilman tätä hanketta vastaanottokeskuksen vaihtoehtona olisi ollut kallis sairaalahoido. Sairaalahoidon jälkeisen avohoidon tukitoimien puuttumisen vuoksi Oulun vastaanottokeskukseen tuli useista muista vastaanottokeskuksista asiakkaita suoraan sairaaloiden osastoilta.

### **Projektin arviointia ja yhteenvetoa**

1. Mielenterveystyö ja psykososiaalinen tukeminen on yksilöllistä, asukkaiden tarpeista lähtevää toimintaa, johon asukas osallistuu vapaaehtoisesti. Kaikkien työntekijäryhmien työpanos on arvokasta ja hyödyllistä. Työntekijöiden jaksamisen kannalta systemaattinen ja jatkuva koulutus ja työnohjaus ovat välttämättömiä.
2. Moni ammatillinen tiimi tai työryhmä osallistuu hoitoon ja tukemiseen. Psykiatriin antama hoito on osa sitä. Tiimin jäsenet tukevat toinen toistaan.
3. Hoitosuunnitelma tehdään kaikista erityisasiakkaista. Suunnitelmaan kirjataan kaikki hoito ja psykososiaalinen tuki, mitä asiakas on saanut. Hoitosuunnitelmasta on hyötyä asukkaan myöhemmissä vaiheissa.
4. Psykososiaalinen haastattelu tehdään heti aluksi kaikille asukkaille. Hoidon ja tukemisen tarvetta selvitetään silloin ensimmäistä kertaa.
5. Hengitys- ja rentoutumisharjoitusten ansiosta kehon yleinen jännitys laskee, vaihtoehtot ongelmatilanteissa lisääntyvät ja väsymys sekä voimattomuus vähenevät.
6. Supportiivinen terapia, jonka tavoitteena on vahvistaa asiakkaan minäkuvaa, soveltuu erityisesti henkilöille, joiden ongelmat liittyvät ajankohtaisiin stresseihin ja ristiriitoihin.
7. Toimintaterapia parantaa asiakkaan toimintakykyä ja elämän laatua. Toimintaterapiassa asukasta tuetaan ja autetaan löytämään ja käyttämään toiminnallisia valmiuksiaan laaja-alaisesti, jotta hän kykenisi selviytymään päivittäisen elämän eri toiminnoista ja tilanteista.  
Toiminnallisen ryhmän tavoitteena on palauttaa ryhmäläisten taitoja selviytyä omassa ympäristössään
8. Lääkkeiden oton kontrollia on käytetty joidenkin erityisasiakkaiden kohdalla. Se on ollut mahdollista, koska vastaanottokeskuksessa on ollut henkilökuntaa läpi vuorokauden.

9. Perheterapia soveltuu hyvin turvapaikanhakijoiden työskentelyn yhdeksi työmenetelmäksi
10. Fysioterapiapalvelut ovat tarpeellisia erityisesti kidutuksen uhreille
11. Yksilöllisyys on jatkuvaa tutkimista ja erityisten työtapojen kokeilua. Näkyvimpiä toimintoja ovat yhteisökokoukset, osastokokoukset, ja osastoillat sekä ristiriitojen nopea selvittely

## 8 KOKEMUKSIA MAAHANMUUTTAJIEN TARPEESTA JA PÄÄSYSTÄ MIELENTERVEYSPALVELUIHIN KÄYTÄNNÖN TYÖN NÄKÖKULMASTA

### 8.1 Tampereen mielenterveyskeskuksen kuntoutustyöryhmä maahanmuuttajille

Tampereen kaupungilla on sosiaali- ja terveystoimen alle erityistyöryhmä, joka keskittyy vain Tampereen alueella asuvien maahanmuuttajien, sekä Tampereen vastaanottokeskuksessa kirjoilla olevien turvapaikanhakijoiden hoitoon. Työryhmän toiminta on alkanut vuonna 1996. Aiemmin maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut olivat pääsääntöisesti alueellisten mielenterveyspalvelujen piirissä ja vastaanottokeskuksen turvapaikanhakijoiden ja muiden maahanmuuttajien psykiatriset konsultaatiot olivat keskitetty yhdelle psykiatrille joka teki tätä työtään hoitaessaan väestövastuun velvoittamaa muuta psykiatrista vastaanottoa. Tampereen kaupungin panostus maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen parantamiseen johti siihen, että vuodesta 1996 alkaen psykiatrian erikoislääkäri (Tapio Halla) on toiminut kokopäivätoimisesti pelkästään maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen parissa. Kuntoutustyöryhmä toimii Tampereen ulkomaalaistoimiston fyysisessä läheisyydessä, jolloin kontakti perusterveydenhuollon henkilöstön kanssa on lähes päivittäistä ja säännöllistä. Potilaat tulevat kuntoutustyöryhmän hoidon piiriin pääsääntöisesti yleislääkärin tai terveydenhoitajan ohjaamana.

Toiminta on pääosin ajanvarausvastaanottoa. Päivystystilanteita sattuu vain muutama vuodessa. Yhteistyö alueen muihin psykiatriin palveluihin on hyvä. Kiisityöryhmä toimii niin hoidon ohjaajana kuin auttaa maahanmuuttajien akuutisissa mielenterveyskriiseissä. Psykiatrisessa sairaanhoidossa maahanmuuttajien sairaalahoito on keskitetty pääasiallisesti yhden sairaala osaston vastuulle, mikä on ylläpitänyt riittävää tietotaitoa sairaalaoosuhteissa ja on helpottanut hoitoon liittyviä järjestelyjä, hoitoon ohjausta, hoitoneuvotteluja ja jatkohoitojen suunnittelua. Erityistyöryhmän perustaminen on selkeyttänyt hoidon porrastamista ja on tiivistänyt vuoropuhelua perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoidon selkeä rakenne on tuonut tukea ja turvaa kaikille tahoille, tiedetään miten menetellään ja keneen otetaan kulloinkin yhteyttä.

Kuntoutusryhmä järjestää hoitoa ja hoidon arviointia erityisesti turvapaikanhakijoille ja äskettäin Tampereelle tulleille maahanmuuttajille. Työryhmä kuntouttaa myös muita vaikeasti traumatisoituneita pakolaispotilaita. Lähes kaikki potilaat ovat pakolaisia, sen lisäksi he ovat usein joutuneet kotimaissaan vainotuksi ja heidän ihmisoikeuksiaan on loukattu. Useimmat potilaat tulevat kriisialueilta. Pakolaisuuden lisäksi heillä on usein kidutuksen, sodan tms. trauman aiheuttamaa psyykkistä oireilua. Hoidon tavoitteena on, että potilaat voisivat kuntoutua traumaoireista huolimatta mahdollisimman hyvin ja että heidän työ- ja psykososiaalinen toimintakykynsä säilyisi ja kohentuisi ja että he kykenisivät viettämään

nk. normaalin aikuisuuden ja olemaan työelämässä ja ennen kaikkea olemaan isiä ja äitejä lapsilleen.

Työryhmässä työskentelee kokopäivätoimisesti psykiatri, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti tiiviissä yhteistyössä. Potilaiden psyykkinen häiriö ja hoidon tarve arvioidaan yhteistyössä lähettävän tahon kanssa. Potilaille annetaan tietoa psyykkisistä häiriöistä ja niiden hoidosta. Mahdollinen hoito pyritään suunnittelemaan ja toteuttamaan potilaslähtöisesti perhe- ja sosiaalinen ympäristö huomioon ottaen.

Työryhmän tavoitteena on vahvistaa ammatillista osaamista maahanmuuttajien mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Se hankkii tietotaitoa monikulttuurisesta psykiatriasta ja psyykkisten traumojen hoidosta. Työryhmä järjestää koulutusta ja konsultaatiota muille pakolaisten kanssa työskenteleville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, opiskelijoille ja tulkeille.

Potilaat tulevat monesta eri maasta; läheinen yhteistyö tulkkien kanssa on välttämätöntä. Tulkki on mukana lähes kaikissa potilastapaamisissa. Tärkeitä yhteistyötahoja ovat Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimisto ja vastaanottokeskus, Kriisikeskus Osviitta ja Kidutettujen kuntoutuskeskus Helsingissä.

Potilaina olivat Tampereen vastaanottokeskuksessa kirjoilla olevat turvapaikanhakijat, muut Tampereella vakituaisesti asuvat pakolaiset ja maahanmuuttajat. Tilastossa ei ole muiden työryhmien maahanmuuttajista koottuja vastaavia käyntilukuja, joka on kuitenkin määrittämisesti vähäinen.

Vuonna 2003 hoitokäynneillä kävi 132 potilasta. Käyntien määrä lisääntyi, koska resursseja oli enemmän. Käyntejä oli yhtensä 1930. Vastaavasti vuonna 2002 hoidossa ja arviointikäynneillä kävi yhteensä 125 potilasta. (Vuonna 2001 hoidossa oli 101 potilasta). Käyntien kokonaismäärä oli vuonna 2002 yhteensä 1290. Turvapaikanhakijat olivat suurin potilasryhmä. Miehiä potilaista oli selkeästi vajaat kaksi kolmasosaa. Sama sukupuolijakauma potilaissa on ollut koko työryhmän historian ajan, samoin turvapaikanhakijoita on ollut aina enemmän kuin oleskeluluvan saaneita. Potilaita oli 25 eri maasta, eri kieliä oli 14. Tulkki oli mukana noin 90 % terapia- ja tutkimuskäynneistä. Fysioterapiakäynneillä tulkkia on käytetty vähän vähemmän. Suurin osa potilaista tuli Ulkomaalaistoimiston terveydenhuollosta. Pieni osa potilaista tuli mielenterveyspalvelujen aluetyöryhmistä, samoin pieni osa tuli sairaalasta jatkohoitoon. Joitakin potilaita ohjautui alueellisesta perusterveydenhuollosta. Myös Kidutettujen kuntoutuskeskuksesta tuli jatkohoitoon yksittäisiä potilaita..

Hoidettavista potilaista yleisin diagnoosi oli eriaisteiset masennustilat. Traumaperäinen stressihäiriö oli myös lähes puolella potilaista. Psykoosidiagnoosi oli 16 potilaalla. Perhe oli mukana 33 potilaan hoidossa. Psykiatrisia sairaalahoitojaksoja on varsin vähän hoidossa olevien potilaiden kohdalla, vuosittain kymmenkunta potilasta on niin vaikeassa kriisissä, etteivät he selviä ilman sairaalahoitoa.

Fysioterapeutilla kävi 28 potilasta yksilöhoitossa. Hän järjesti myös liikuntaryhmän ja allasvoimisteluryhmän, joista oli hyviä kokemuksia.

”Turvapaikanhakijoilla keskeinen sairastavuutta lisäävä tekijä on pitkä hakemuksen käsittelyaika ja siihen liittyvä epävarmuus ja pelko tulevaisuudensuhteen. Tähän liittyy huoli kotimaassa olevista omaisista. Turvapaikanhakijoiden selviytymistä helpottavat toimintamahdollisuudet, kuten erilaiset kielikurssit ja joillakin mahdollisuus ansiotyöhön tai opiskeluun. Turvapaikan hakijoiden määrä on pysynyt varsin vakaana, ollen kuitenkin reilusti



yli puolet uusista potilaista. Turvapaikkaprosessin pituus, odottamisen rasittavuus lisäävät ahdistusta ja psyykkistä pahoinvointia ja lisää myös riskiä psykologisiin ylilyönteihin kuten itsemurhayrityksiin. Toteutuneet itsemurhat ovat onneksi tässä potilasryhmässä varsin harvinaisia ja poikkeustapauksia. Turvapaikan haussa potilaat tarvitsevat usein hakemuksen liitteeksi lääkärin lausunnon terveydentilasta ja usein arvion myös aikaisemman traumatisoitumisen merkityksen nykyiseen vointiin. Käytännössä vastaanottokeskuksen tiloissa toimiva kuntoutustyöryhmä pystyy varsin nopeasti reagoimaan erilaisiin akuutteihin hoitotilanteisiin ja muihin hoitojärjestelyihin joudutaan turvautumaan vain harvoin. Kuntoutustyöryhmän olemassaolo on selkeästi selkeyttänyt turvapaikanhakijoiden hoidon järjestelyä ja porrastusta.”

Tampereelle asumaan tulleet maahanmuuttajat, muut kuin pakolaiset tarvitsevat ani harvoin kuntoutustyöryhmän palveluja. Pääsääntöisesti heidän hoitonsa järjestyy julkisen tai yksityisen palvelujärjestelmän puitteissa. Tätä mahdollista potilasryhmää Tapio Halla ei näe ongelmallisena, tai toisin sanoen muiden kuin pakolaisten kohdalla harvoin tarvitaan erityisiä hoitojärjestelyitä. Oleskeluluvan saaneilla pakolaisilla stressitekijöitä ovat maahanmuuttoon ja kulttuurimuutokseen liittyvät asiat, aikaisemmat ja nykyiset traumakoemukset, huoli kotimaassa olevista perheenjäsenistä ja sukulaisista, ristiriidat sosiaalisissa suhteissa sekä niiden puuttuminen. Samoin sopivan työn tai kielikurssin löytyminen voi olla vaikeaa. Toiminnallisesti orientoituneet kielikurssit ovat vaikuttaneet toimivilta, niitä pitäisi saada lisää. Myös sosiaaliturva-asoiden sotkuisuus ja epäkohdat maahanmuuttajilla ovat selkeitä stressitekijöitä. Tarkoitin tällä meidän mutkikkaita menettelytapojamme, byrokratiaa ja viranomaisten vaikeutta kohdata ja ymmärtää maahanmuuttajien tilannetta.

Tapio Hallan kanssa keskustelua ja pohdintaa ”Psykiatrisen hoidon osalta muualla Suomessa arvelen, että maahanmuuttajien on vaikea saada tarvitsemiaan psykiatrisia palveluita ja esimerkiksi PTSD tai kidutustraumat jäävät usein hoitamatta. Tarvittaisiin muutosta asenteissa ja myös resursseissa. Alueilla, joilla on enemmän pakolaisia, olisi maahanmuuttajatyö määriteltävä jonkun henkilön tai työryhmän vastuualueeksi. He voisivat enemmän perehtyä asiaan, hankkia koulutusta ja totutella esimerkiksi tulkin käyttöön. Maahanmuuttajien keskuudessa lapset ja nuoruusikäiset ovat selkeästi riskissä jäädä julkisten palvelujen ulkopuolelle. Myös kantaväestöön kuuluvilla nuorilla ja lapsilla on suuria vaikeuksia päästä hoidon piiriin. Tampereella tilannetta on helpottanut se, että ulkomaalaistoimiston yhteydessä toimiin myös nuorisopoliklinikka, joka madaltaa kynnystä hakeutua hoidon piiriin.” Tapio Halla korostaa että selkeät strukturoidut hoitojärjestelyt ja riittävän selkeät vastuun jakaminen ja maahanmuuttajatyöhön nimetyt vastuuhenkilöt tai siitä kiinnostuneet henkilöt auttavat mielenterveyspotilaiden hoidossa ja myös helpottaa heidän itsensä kykyä hahmottaa porrastettua hoitojärjestelmää. Hänen mielestään jokaisen pakolaisia vastaanottavan paikkakunnan tulisi miettiä omaa palvelujärjestelmäänsä ja taata riittävät resurssit pakolaisväestön ja muiden maahanmuuttajien hoidon järjestämiseen. Tämän kohderyhmän hoito kannattaa ja on yhteiskunnallisesti järkevää ja kustannuksia säästävää. Tulevaisuus näyttää miten maahanmuuttajien toinen sukupolvi pärjää, seuraako tästä jotain erityistä ongelmia ja miten tuleva eläkkeelle jääminen vaikuttaa maahanmuuttajien henkiseen vointiin. Nykyisin iäkkäitä maahanmuuttajia on hyvin vähän kuntoutustyöryhmän hoidon piirissä.

”Kokemukseni mukaan potilaiden hoidossa ei niinkään rasita heidän traumaattinen menneisyytensä, sodan, kidutukset ja muut ikävät tapahtumat, vaan pikimminkin suomalaiseseen viranomaiskäytäntöön liittyvät ongelmat. Etenkin pitkään turvapaikkaprosessiin liittyvät odottelut vievät voimia ja erityisesti vielä päätösten ennakoimattomuus: Koskaan ei voi

olla täysin varma saako tämä kyseinen potilaani oleskeluluvan vai joutuuko hän mahdollisesti käännetyksi."

"Erityistä huolta kannan niistä vaikeasti sairaista, psykoottisista potilaista, jotka eivät osaa suomen kieltä tai muuta yhteistä kieltä. He jäävät auttamatta pitkäaikaisen kuntoutuksen ulkopuolelle, he oppivat huonosti kieltä ja ovat erityisen suuressa riskiä joutua heitteille ja syrjäytyä meidän nykyisissä hoitosysteemeissä. Tulkkia tai omaista on vaikea tai mahdoton pitää jatkuvasti läsnä eri hoitotilanteissa."

Tapio Halla on psykiatrian erikoislääkäri, joka vastaa työryhmän toiminnasta on toiminut vuodesta 1996 alkaen pakolaispsykiatrian piirissä..

## 8.2 Espoon maahanmuuttajayksikkö

Selontekoa varten kerättiin tilastotietoja Espoon maahanmuuttajayksikön asiakkaista, joilla on kontakti psykiatriin hoitopalveluihin. Marketta Karjalainen, psykiatrinen sairaanhoitaja, kokosi käyntitietoja vuoden 2003 tammikuu-elokuun aikana.

Käynnit tapahtuneet tai hoitokontaktit olivat alkaneet ennen vuotta 2003. Käyntejä maahanmuuttajayksikön psykiatrisella sairaanhoitajalla 11 kappaletta. Maahanmuuttajayksikön asiakkailla on käyntejä tai kontakteja tai hoitoonohjaus psykiatrian palveluihin (Jorvin psykiatrian poliklinikat, terveysaseman psykologit, koulupsykologit, Kidutettujen kuntoutuskeskus) yhteensä 36 kappaletta.. Ennen vuotta 2003 alkaneilla asiakkuuksilla 47:llä on kontakti mielenterveyspalvelujen piiriin. Maahanmuuttajayksikössä on asiakkaita jatkuvasti noin 360, joista paluumuuttajia on noin 40.

Tammi-elokuun aikana 2003 maahanmuuttajayksikön psykiatrisella sairaanhoitajalla oli 12 käyntiä, lisäksi neljän nuoren hoitosuhde perheryhmäkodissa. 2003 elokuun mennessä 46 asiakkaasta on ollut tai on tehty lähete, konsultaatiopyyntö tai hoitoon ohjaus psykiatristen erityispalvelujen piiriin. Kaikki asiakkaat eivät ole suostuneet tai olleet halukkaita jatko-hoitoon, vaikka hoidon tarve olisi ollut ilmeinen.

Marketta Karjalaisen näkemyksen mukaan aikuisten maahanmuuttajien ”Mielenterveyspalveluiden työryhmän suositukset ovat ainakin siltä osin toteutuneet että tiedon kulku on vaivattomampaa, konsultaatiot ja hoitojen järjestelyt ja neuvottelut toimivat ja sujuvat aikaisempaa joustavammin. Maahanmuuttajayksikön vastuulle on kuitenkin jäänyt hyvin paljon verkoston aktivoiminen. Jatkokoulutukseen ei ole ollut aivan riittävästi taloudellisia resursseja. Espoossa hän näkee puutteena, että maahanmuuttajille ei tehdä kuntaan muuttaessa alkuterveydentila kartoituksen yhteydessä automaattisesti psykososiaalista kartoitusta, mihin hänen näkemyksensä mukaan olisi myös tarvetta. Lisäksi hän toivoo, että perheenjäsenet haastateltaisiin erikseen tai ainakin niin että siihen olisi mahdollisuus. Tämä tehdään yleensä vasta silloin kun siihen on tarvetta tai syytä. Ennakoiva laajempi kartoitus antaisi valmiuksia varhaiskuntoutukseen ja psyykkisesti pahoinvoiva maahanmuuttaja saataisiin ajoissa seurannan piiriin. Osa-aikainen sairaanhoitajan työpanos ei riitä vastaamaan tämän väestönosan tarpeita, tarvetta olisi kokopäivätoimiseen virkaan. Hän kaipaa työryhmää tuekseen ja säännöllistä mahdollisuutta psykiatrin konsultaatioihin, jolloin psykiatri olisi paikan päällä tai että hänellä olisi mahdollisuus rauhalliseen ja säännölliseen kiireettömään hoitokonsultaatioon. Nyt konsultaatiot tahtovat tulla suunnittelematta ja reaktiivisesti, vasta kun jotain on jo tapahtunut.”

### 8.3 Kajaanin kaupungin alueella asuvien maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut

”Kajaanissa mielenterveyspuolella puolella toimii ns. akuuttityöryhmä, joka on ensisijaisesti ottanut maahanmuuttaja-asiakkaat vastaan. Lisäksi on normaalit asuinalueen mukaiset tiimit, joihin meidän asiakkailla on vasta tuloillaan kontakteja. Akuuttityöryhmässä toimii lääkäri, psykologi ja kaksi hoitajaa. Asiakkaista riippuen maahanmuuttajaterveydenhoitaja on ollut mukana ensimmäisessä tapaamisessa, ja tämän jälkeen asiakas on sopinut itse omat aikansa keskusteluja varten. Akuuttityöryhmä ja terveydenhoitaja pitävät tarpeen mukaan ns. asiakaspalavereja, joissa ongelmallisia asiakastapauksia käydään läpi.

Vuonna syyskuun 2002 ja vuoden 2003 aikana maahanmuuttajapalveluissa oli ollut 135 asiakasta. Tästä asiakasmäärästä mielenterveyspuolen kontakteja on ollut 30 eri asiakkaan kanssa. Erikoissairaanhoidon keskussairaalalla on tarvinnut neljä asiakasta. Kidutettujen kuntoutuskeskuksessa Helsingissä on käynyt neljä asiakasta, läheteitä on tehty muutama enemmän, mutta asiakkaat eivät ole jostain syystä sinne halunneet lähteä.

Säännöllisiä terapialuonteisia tapaamisia on tällä hetkellä mielenterveyspuolelle kymmenellä asiakkaalla. Epäsäännöllisemmin käy lisäksi useita henkilöitä. Osa asiakkaista haluaa psykiatrisen puolen asioissa käyttää vain maahanmuuttaja-terveydenhoitajan palveluja. Tällä hetkellä sellaisia asiakkaita on kymmenkunta, joita tavataan säännöllisesti. Terveydenhoitaja konsultoi tarvittaessa akuuttiryhmää. Tämän hetkinen asiakaskunta maahanmuuttajapuolella on 108 henkilöä.

Erityiskorvauspäätöksen psykiatrian puolelle saaneita asiakkaita on ollut viisi jotka olisivat voineet käyttää yksityisiä terapiapalveluita, joita on hankittu ostopalvelusopimuksella. Kaksi henkilöä käyttää näitä palveluita, loput ovat muuttaneet toisille paikkakunnille.

Vuonna 2003 Kajaanin vastaanottokeskuksessa kirjoilla olevat asiakkaat pyritään asuttamaan ja sijoittamaan pääsääntöisesti kunnan asuntoihin ja asuntolatyypisistä asuttamisesta pyritään luopumaan mahdollisuuksien mukaan. Vastaanottokeskuksessa kirjoilla oleville tarjotaan valtaväestöön verrattuna varsin tavanomaiset elinolosuhteet.

”Kajaanin vastaanottokeskus, turvapaikanhakijat” Olennaisin asia palvelujen järjestämisessä ja laajuudessa on turvapaikkaprosessin pituus. Mikäli prosessin pituus lyhenee nykyisestä huomattavasti (kuten kovasti suunnitellaan ja ministeriöstä vakuutetaan) tulee entistäkin merkityksellisemmäksi seuloa kidutuksen uhrin ja muut traumatisoituneet maahan saapuvien turvapaikanhakijoiden joukosta nopeasti ja tehokkaasti. Myös konsultaatiopalvelujen tarve korostuu entisestään (Kidutettujen kuntoutuskeskus), jotta lääkärinlausunnot saadaan prosesseihin ajallaan, eikä vasta sitten kun prosessi on jo käsitelty tai vasta siinä vaiheessa kun valitusprosessiin ryhdytään. Tämä on siis luettavissa niin, että kannatan ja näen tarpeelliseksi alueellistaa kidutuksen uhrien konsultaatiopalvelut. Mutta meidän näkökulmasta pohjoiseen Suomeen tulisi saada toinen näitä palveluja tuottava yksikkö. Nykyisessä tilanteessa yhteistyö meidän mielenterveyspalvelujen tuottajien kanssa toimii joustavasti, samoin vastaanottokeskuksen terveydenhoitajan suuntaan. Tulevaisuudessa meillä on kuitenkin tavoitteena se, että mielenterveyspalvelut voitaisiin ostaa kunnalta. Erityisesti mahdollisessa muutosvaiheessa kaipaisimme koulutusta tästä erityisalueesta mielenterveyspalvelujen henkilöstölle.”

Kuntaan sijoitetut pakolaiset ”Alueellistamisesta minulla on sama mielipide kuin vastaanottokeskuksen puolella.” Tällä hetkellä olisi tarvetta läheisempään yhteistyöhön lähettävän

tahon kanssa (lähinnä maahanmuuttajapalvelujen terveydenhoitaja tai sosiaalityöntekijä), jotta voitaisiin paikallisesti huomioida esim. muun perheen tarpeen ja tilanne kun yksi perheenjäsen käy esimerkiksi konsultaatiossa kidutettujen kuntoutuskeskuksessa Helsingissä. Yhteydenpidon puutteellisuuteen liittyy myös se, että tällä hetkellä on ollut epäselvyyttä siitä, onko esimerkiksi Kidutettujen kuntoutuskeskuksen palvelu kulloisessakin tilanteessa hoitoa tai konsultaatiota. Eli paikallisesti ei tiedetä kuinka asiat siellä etenevät ja esim. kuinka monta käyntiä on suunnitteilla kulloisellekin asiakkaalle jne. Tiedon siirtyminen siinä suhteessa on ollut puutteellista. Koulutusta toivon vielä kuten turvapaikan hakijoidenkin suhteen.

”Alaikäisistä sen verran, että sekä vastaanottokeskuksessa että kuntapuolella on kyllä huomattu traumatisoituneiden lasten suuri määrä tässä joukossa, jonka kanssa työskentelemme ja myös se että paikallistasolla lasten mielenterveyspuolen palvelujen saaminen on vielä vaikeampaa kuin aikuisten osalla. Joten tähän olisi syytä kiinnittää huomiota ja lisätä resursseja alueellistamisen lisäksi. Muista erityisryhmistä nousee seuraavaksi esille yksi-huoltajaperheet, joissa problematiikka on erittäin moninaista. Vammaiset ja vanhuksset ovat tällä hetkellä vielä tällä suunnalla lähinnä yksittäistapauksia joiden kohdalle sattua järjestelmä mietitään tapauskohtaisesti”.

Marja Lähde ja muut Kajaanin maahanmuuttajatyöntekijät. Marja Lähde toimii johtajana Kajaanin kaupungin Maahanmuuttajapalveluyksikössä.

## *8.4 Helsingin vastaanottokeskuksen psykiatriset konsultaatiot*

Helsingin vastaanottokeskus esimerkkinä, miten turvapaikanhakijoiden mielenterveyspalveluja voidaan järjestää ja toteuttaa vastaanottokeskuksessa. ”Matalan kynnyksen malli”, jossa psykiatrian erikoissairaanhoidajan työn tukena ovat vastaanottokeskuksessa kerran viikossa tapahtuvat psykiatrian erikoislääkärin konsultaatiot. Konsultaation toteuttaa aina sama lääkäri. Vastaanottokeskuksessa työskentelevällä erikoissairaanhoidajalla on hoidossa ja arvioinnissa keskeinen rooli ja asema. Konsultoiva psykiatri työskentelee työparina erikoissairaanhoidajan kanssa.

Vastaanottokeskuksen asiakaskunnan lisääntyminen ja vaikeutuminen näkyi myös terveydenhoitajien taakkana, mikä johti ja näkyi puhelinkontaktien lisääntymisenä. Avun tarve oli suuri. Tuolloin olemassa olleet yhteistyö- ja konsultaatiomahdollisuudet eivät tukeneet heidän työtään riittävästi. Tämä tuli erityisesti esiin psyykkisesti oireilevien turvapaikanhakijoiden kohdalla.

Terveyskeskuslääkäreiden hoitoon ohjautui myös runsaasti lievemmistä mielenterveysongelmissa kärsiviä potilaita. Lääkärit kokivat tämän potilasryhmän kiinnostavana, mutta myös vaikeana, haastavana ja ajoittain raskaana taakkana muun työn ohella, Hoidon toteuttamiseen ei ollut riittäviä ajallisia ja muita resursseja (terveyskeskuslääkäreiden Jyrki Lohva, Taina Laanterä suullinen tiedonanto). Myös turvapaikanhakuun liittyvät lääkärinlausunnot koettiin työläinä. Lausunnot liittyivät hakijan terveydentilaan ja ne olivat pääosin Ulkomaalaisvirastoa ja eri oikeusasteita varten.

Terveyskeskuslääkärit kokivat kuitenkin kaikista suurimpana ongelmana sen, että psykiatrista avohoitoa ei ollut lainkaan järjestetty, eikä sitä ollut alueellisesti saatavilla. Helsingin kaupungin Keskisen terveyskeskuksen psykiatrian poliklinikka ei ottanut alueella sijaitsevan vastaanottokeskuksen turvapaikanhakijoita hoidettavakseen. Myöskään potilaita ei saatu HUS Psykiatrian klinikan poliklinikoille. Pieni osa turvapaikanhakojoista ohjautui

kriisitilanteissa Suomen mielenterveysseuran SOS –keskukseen, sen Ulkomalaisyksikköön. (aiemmin Ulkomaalaisten kriisikeskus) ja Helsingin kaupungin psykiatriseen päivystyspisteeseen, joka palveli akuuteissa kriisitilanteissa.

Ennen vastaanottokeskuksessa tapahtuvien konsultaatioiden aloittamista asiakkaiden, muiden kuin kidutuksen uhrien psykiatrisia konsultaatioita ei ollut keskitetty vain yhdelle psykiatrian erikoislääkärille, vaan niitä teki useampi eri ammatinharjoittaja. Kenelläkään heistä ei ollut aiempaa pitkäaikaista kokemusta pakolaisväestön hoitamisesta. Hoidoissa esiintyviä ongelmia oli runsaasti. Suuri ongelmat liittyivät tiedonkulkuun ja potilasliikenteeseen. Tavallisimpia olivat logistiset ongelmat. Potilaat eivät löytäneet yksin vastaanotolle, poisjäämisiä ja väärinkäsityksiä oli runsaasti. Hoidoissa suuri vastuu jäi potilaiden itsensä varaan. Tieto ei kulkenut, loppulausunnot ja hoitoyhteenvedot viipyivät. Esimerkiksi tieto lääkityksen muuttumisesta ei aina saavuttanut vastaanottokeskuksen terveydenhuollon henkilöstöä.

Vastaava tilanne oli myös niiden turvapaikanhakijoiden kohdalla, jotka joutuivat ja tarvitsivat psykiatrista sairaalahoitoa. Hoitojen kirjo oli laaja ja potilaat saivat vaihtelevalla menestyksellä psykiatrisia erikoissairaanhoidon palveluja. Osa sai adekvaattia hoitoa. Osassa hoitosuhteissa epäonnistuttiin. Pahimmissa tapauksissa oman kielialueen tulkkia ei käytetty lainkaan koko hoitajakson aikana, hoitoneuvottelut jäivät pitämättä, tieto ei kulkenut ja osaa ongelmista pidettiin vain "turvapaikan hakuun" liittyvänä stressireaktiona ja normaalina elämäntilanteeseen liittyvinä reaktiona". Potilaiden oireita pidettiin myös "kulttuurisidonnaisina", diagnoosina oli usein myös sopeutumishäiriö, jolloin varsinainen hoitoon hakeutumisen syy jäi hoitamatta.

Sairaalassa olevien potilaiden hoidon etenemisestä jäi suuri vastuu erikoissairaanhoitajalle. Hänen aktiivisuudestaan oli pitkälti kiinni hoidon onnistuminen. Parhaat hoitotulokset saatiin niissä yksiköissä, joissa oli kokemusta maahanmuuttajista ja ulkomaalaisista. Hyvänä esimerkkinä HUS Psykiatrian klinikan Lapinlahden sairaalassa, jossa oli riittävää ja keskitettyä tietoa kokemusta pakolaisväestön hoidosta. Helsingin kaupungin psykiatrin päivystysalueen kanssa yhteistyö oli ajoittain joustavaa ja dialogista, ajoittain taas hyvinkin vaikeaa ja yhteistyökyvytöntä. Yleensä ongelmat alkoivat silloin kun potilaat sijoitettiin osastoille ja pois päivystysalueelta.

Juuri ennen konsultaatioiden aloittamista Helsingin vastaanottokeskuksen psyykkisesti oireilevien turvapaikanhakijoiden hoidot olivat hajallaan eri puolella kaupunkia. Erityisen huono tilanne oli yksityismajoituksessa olevien potilaiden kohdalla. Päivystykselliset hoitoon ohjaukset olivat tavallisia. Tilanne kuormitti erityisesti vastaanottokeskuksen terveydenhuoltohenkilöstöä, mutta antoi leimansa myös koko vastaanottokeskuksen työskentelyilmapiirille.

Kyseessä oli aluksi koeluonteinen jakso, joka alkoi toukokuussa 2002. Toiminta tapahtui vastaanottokeskuksessa vain kerran viikossa. Koejakson aikana käytettävä aika oli vain kaksi tuntia viikossa. Psykiatrian erikoissairaanhoitaja valitsi ja seuloi konsultaatioon tulevat potilaat ja hänen vastuullaan oli myös tapausten esittely. Potilaat tavataan aina yhdessä hoitavan sairaanhoitajan kanssa nk. paritapaamisin. Ideana oli, että kaikki tarvittava tieto tulee kaikkien käyttöön samanaikaisesti. Tämä helpotti esim. hoitosuunnitelmien tekemistä. Tarvittaessa käynnille pyydettiin mukaan vastaava ohjaaja ja muita keskeisiä yhteistyötahoja. Konsultaatioihin sisällytettiin alusta alkaen erikoissairaanhoitajan hoitosuhteessa olevien potilaiden monitorointia, hoidon tarpeellisuuden ja porrastuksen arviointia, työnohjausta ja kädestä pitäen "tässä ja nyt" koulutusta.

Koejakson aikana oli tarkoitus myös arvioida vastaanottokeskuksen resursseja ja struktuureja ja yrittää auttaa toimivien konkreettisten ja riittävän selkeiden toimintamallien ja periaatteiden löytämisessä. Konkreettisenä esimerkkinä oli omien lääkeseurantalomakkeiden ja hoitosuunnitelmalomakkeiden suunnittelu ja käyttöönotto.

### **Sairaanhoitajan kokemuksia**

Sairaanhoitajalle itselleen konsultaatioiden parasta antia oli selkeästi hänen työnsä ja jakamisensa tukeminen, työnohjauksellinen lähestymistapa, oppiminen konsultaatiotilanteissa (potilashaastattelut aina yhdessä), hoitolinjien selkiytyminen ja ehkä kaikista eniten vastuunjakaminen ja vastuun delegoiminen lääkärille.

Leena Ignatius on erittäin huolissaan turvapaikanhakijoiden tilanteesta, erityisesti hoitoon pääsyn suhteen on suuria vaikeuksia. Potilaiden ongelmia tunnistetaan huonosta, niitä usein vähätellään ja pidetään ”tilanteeseen kuuluvina sopeutumishäiriöinä”. Vaikeasti oireilevia potilaita on vaikea saada päivystykseen ja erityisesti sairaalahoitoon. Usein hänelle tulee se vaikutelma että vastaanottokeskuksessa käsin tehtyihin psyykkisen tilan arvioihin ei suhtauduta vakavasti. Hän on usein myös törmännyt sellaisiin kommentteihin, että kun ei ole yhteistä kieltä ei voi hoitaakaan. Vastaanottokeskus mieleltään muualla myös hoitoyksiköksi ja ulkopuolelta on vaikea mieltää ja uskoa että se on vain asutusyksikkö, jossa on virka-aikana mm. psykiatrisia palveluja. Käytännössä esimerkiksi lääkkeiden annostelu ja jakaminen on vastaanottokeskuksessa hyvin vaikeaa ja mahdotontakin etenkin ilta ja yöaikaan.

Siirrot sairaalaan ja sairaalasta takaisin vastaanottokeskukseen ovat usein ongelmallisia, samoin ovat erilaiset hoito ja muut neuvottelut, joista ei aina muisteta informoida lähettävää tahoa.

Akuutit hoitoon toimittamiset ja niihin liittyvät hoitojärjestelyt hän kokee vaikeina, työllistävänä ja ennen kaikkea aikaavievinä prosesseina. Konsultaatiokäytännön alettua tilanne on helpottunut ja hän kokee hyvänä, että vastuuta on voinut jakaa ja jossakin tapauksessa siirtää lääkärille. Aikaisemmin ennen konsultaatioita iso osa hänen työajastaan kului potilassiikenteen hallinnoimiseen ja siitä huolehtimiseen. Hänen täytyi pitää huolta siitä, että potilaat olivat oikeassa paikassa ja että he saavat heille kuuluvaa hoitoa ja että he ymmärtävät annetut hoito-ohjeet. Osa ajasta kului konkreettisesti potilaiden saattamiseen

Lopuksi hän toteaa varsin lakonisesti, että hänen käsityksensä mukaan turvapaikanhakijoiden mielenterveyden ongelmia tunnistetaan huonosti, ja he eivät useinkaan saa asianmukaista ja riittävää hoitoa.

### **Vastaanottokeskuksen käyntitilastoja**

Vuoden 2002 aikana (elokuun lopulta alkaen tilastoitu) potilaita tavattiin erikoislääkärin vastaanotolla yhteensä yksitoista, paperikonsultaatioita oli 54 ja puhelinkontakteja oli jakson aikana kahdeksan. Todelliset määrät ovat jonkin verran korkeampia, koska toukokuussa ei ollut systemaattista kartoitusta vielä käytössä. Miehiä tavattiin tai heistä puhuttiin 52 eri kertaa ja naisia 21 keri kertaa. Tavatut potilaat olivat 17 eri maasta. Potilaista 44 oli vastaanottokeskukseen majoitettuja turvapaikanhakijoita, 23 oli yksityismajoituksessa ja kahdeksan oli nk. "transit asiakkaita", jotka olivat siirtymässä toiseen vastaanottokeskukseen. Vuoden 2002 aikana erikoislääkäri kävi konsultoivassa 22 eri kertaa. Vuoden

2003. konsultaatiot jatkuivat kertaviikkoisina säännöllisinä käynteinä. Konsultaatioissa kävi 62 eri potilasta ja konsultaatiokertoja kertyi yhteensä 218. Suurimmalla osalla heistä oli yhdestä kolmeen konsultaatiokäyntiä. Noin kymmenen sairaaman potilaan kohdalle tuli pitkälti toistakymmentä eri käyntiä. Suurin osa konsultaatioissa käyneistä potilaista oli majoitettuna vastaanottokeskukseen, yksityismajoituksessa olleita oli vähemmän. Toiminnan alkuun verrattuna konsultaatioihin käytetty ja siihen tarvittava aika lisääntyi. Vuoden aikana kuitenkin vaihtelu oli varsin suurta. Syksyllä 2003 oli tyypillistä potilaskunnan vaikeutuminen ja psykiatristen sairaalahoidojen määrän kasvu. Lääkärin ja erikoissairaanhoidajan vaihtuminen vaikutti ennakoitua vähemmän toimintaan.

Vuoden 2004 aikana potilasaineisto on entisestään vaikeutunut. Tilanteeseen vaikutti vastaanottokeskuksen muuttuminen transit -keskukseksi, jolloin valtaosan turvapaikanhakijoista oleskeluaika vastaanottokeskuksessa jäi lyhyeksi. Myös turvapaikkaprosessien muutos vaikutti tilanteeseen. Samoin tähän vaikutti samanaikaiset muutokset koko Euroopan yhteisön alueella ja uusien jäsenmaiden liittyminen EU:hun. tämä koskee erityisesti nk. Dublin-tapauksia (turvapaikanhakijoita jotka ovat olleet turvapaikanhakijoina aiemmin toisessa Euroopan maassa). Tässä joukossa oli hyvin hajallaan olevia ihmisiä, joilla ei ollut juurikaan toivoa tulevaisuudesta. Potilasaineisto oli myös ylipäättänsä vaikeampaa ja psykoottisesti oireilevia oli aiempia vuosia enemmän. Sairalahoidojaksot lisääntyivät. Erityisesti moniongelmaiset perheet tulivat vuoden aikana esiin ja erityistä huolta koettiin lasten ja alaikäisten tilanteesta.

Potilaista suurin osa kärsi stressityyppisistä oireista, joihin liittyi tavallisesti lievä tai keski-vaikea ahdistus tai masennustila. Somatisaatio -ongelmat olivat myös tavallisia. Traumaperäinen stressireaktio oli yleisin diagnoosi. Tyypillistä oli myös, että konsultaatioissa käyneillä potilailla oli vähintään kaksi samanaikaista diagnostiset kriteerit täyttävää oireyhtymää. Tavallinen yhdistelmä oli masennus ja stressireaktio tai traumaperäinen stressireaktio. Psykoottistasoisia häiriöitä oli neljällä potilaalla, yhteensä heillä oli kahdeksan käyntiä lääkärin vastaanotolla. Psykoottisten potilaiden hoito onnistui yllättävän hyvin erikoissairaanhoidajan vastaanotolla. Hoitojen onnistumisen edellytyksenä oli että hänellä oli mahdollisuus keskustella hoitosuhteesta viikoittain hoitavan lääkärin kanssa Reaktiiviset psykoottiset tilat olivat tavanomainen psykoottinen häiriö. Skitsofrenia diagnoosia ei asetettu. Myöskään maanisia tiloja ei tullut ilmi. Masennukseen liittyen itsemurhapuheet olivat varsin tavallisia. Jakson aikana itsemurhayrityksiä oli pari kappaletta. Itsemurhia ei ollut.

Psykiatristen oireiden lisäksi potilailla oli hyvin tavallista erilaiset surureaktiot ja yksinäisyyteen liittyvät oireet (säännönmukaisesti). Heillä oli ikävä kotia, omaisia ja kotimaata ja huoli läheisten pärjäämisestä. Osalla potilasta pitkä turvapaikanhakuprosessi (pahimmillaan vuosia) lisäsi olennaisesti stressiä ja jopa "sairastutti" osan heistä hakuprosessin aikana. Huoli ja pelko tulevaisuudesta painoivat mieltä. Samoin odotteluun ja vastaanottokeskukseen elämään ja elämäntapaan liittyvä passiivinen odottelu heikensi selkeästi osan hoidossa olleiden potilaiden toimintakykyä. Erilaiset sosiaaliset ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät ongelmat olivat tavallisia, alkaen erilaisista kieli - ja kulttuurieroista aina aggressiiviseen käyttäytymiseen. Ne turvapaikanhakijat jotka olivat aktiivisia, joilla oli perhettä tai läheisverkostoja jotka pääsivät töihin tai kieliopintojen piiriin näyttivät selviytyvät paremmin. Yksinäiset ihmiset, joilla ei ollut omaa etnistä alkuperää olevia kontakteja näyttivät myös voivan yleisesti ottaen huonosti.

## **Psykiatrin kokemuksia**

Tapaamiset vastaanottokeskuksessa yhdessä erikoissairaanhoitajan kanssa olivat mielekkäitä ja käytännössä helppoja toteuttaa. Yhteistyö toimi hyvin ja luottamus toisen ammattitaitoon oli hyvä. Keskusteluissa oli hyvin paljon psykoedukatiivisia elementtejä, mikä selkeästi näytti myös helpottavan potilaita ja joidenkin kohdalla tällä oli selkeä preventiivinen eli oireita estävä merkitys. Suuri osa potilaista hyötyi kertaluonteisesta lääkärin konsultaatiosta erikoissairaanhoitajan luona käyntien lisäksi. Keskustelujen sisällössä turvapaikanhakuprosessiin liittyvät asiat ja tunteet, samoin kuin pakolaisuuteen sinänsä liittyvien tuntemusten läpikäyminen oli mielekästä ja selvästi potilaita auttavaa. Fokus ei ollut suinkaan pelkästään psykiatrisissa ongelmissa ja niiden määrittämisessä vaan laajemmin siinä mitä tarkoittaa olla turvapaikanhakijana ja miltä se kulloisenkin potilaan osalta tuntuu ja mitä omia merkityksiä siihen kulloinkin liittyy. Eri kulttuurien välillä ei näyttänyt olevan eroja hoidon onnistumisen suhteen. Kulttuurierot eivät estäneet hoidollisia keskusteluja. Vastaan ei myöskään tullut ihmistä joka ei olisi kyennyt ilmaisemaan itseään lääkärille tulkin avustuksella. Potilaat hyötyivät selkeästi keskusteluista.

Psykiatriset konsultaatiot on koettu Helsingin vastaanottokeskuksessa tarpeellisenä, ne on suhteellisen helppo järjestää ja toiminnan on sovittu jatkuvan toistaiseksi. Jatkossa toiminnan haasteet liittyvät vastaanottokeskuksen sisäisen toiminnan painopisteen muutoksiin, jotka liittyvät esimerkiksi vastaanottokeskuksen kirjoilla olevien yksityismajoituksessa olevien turvapaikanhakijoiden terveydenhoidon järjestämiseen.

## **Suositukset liittyen Helsingin vastaanottokeskuksen kokemuksiin**

Kokemustemme mukaan psykiatrian erikoislääkärin konsultaatiot vastaanottokeskuksessa muun toiminnan yhteydessä on varsin helppo järjestää ja organisoida.

Toiminta edellyttää, että turvapaikanhakijoiden yleinen terveydenhuolto on hyvin järjestetty ja että siinä on riittävästi henkilöstöresursseja. Psykiatristen konsultaatioiden onnistuminen edellyttää psykiatrisen sairaanhoitajan tai psykiatrisesti orientoituneen terveydenhoitajan täyttää mukana oloa, niin että suuri osa (mieluusti koko työaika) hänen työajastaan on omistettu psyykkisesti oireilevien turvapaikanhakijoiden hoitoon ja kuntoutukseen. Terveydenhoitajalla olisi hyvä olla yksilöpsykoterapia tai perheterapeuttinen koulutus ja mahdollisuus säännölliseen ulkoiseen työnohjaukseen.

Psykiatrinen sairaanhoitaja arvioi ketkä potilaat tulevat lääkärin konsultaatioon. Muut työryhmän jäsenet esittelevät psykiatrian erikoissairaanhoitajalle mahdollista konsultaatiota tarvitsevat potilaat ja hän pyrkii arvioimaan konsultaation tai hoidon tarpeellisuuden ja kiireellisyyden.

Ongelmien tunnistamista ja hoitoa helpottaa, jos hoito on moniammatillista ja lähestymistapa kokonaisvaltaista. Vastuuhenkilöiden nimeäminen helpottaa tiedon kulkua.

Maahantuloon liittyvän terveystarkastuksen yhteydessä psykososiaalinen kartoitus helpottaa mielenterveyspotilaiden tunnistamista. Henkisistä vaikeuksista kärsivän potilaan koko perhe olisi hyvä haastatella erikseen. Myös lapset olisi hyvä haastatella vanhempien luvalla yksin.

Kaikki psykiatrisessa sairaalahoidossa olleet potilaat (myös nuoruusikäiset) ohjataan automaattisesti psykiatrin konsultaatioon. Erityisesti tämä koskee psykoosista kärsiviä, aggres-



siivisiä potilaita, niitä, joilla on ollut vakava masennustila ja niitä, joilla on ollut itsemurhayritys. Näiden potilasryhmien seuranta tulee keskittää psykiatrian erikoislääkärille.

Sairaalahoidossa olevien potilaiden hoitoneuvotteluissa tulisi olla läsnä psykiatrinen erikoissairaanhoitaja, joko niin että neuvottelut tapahtuvat mielisairaalassa tai vastaanottokeskuksessa. Tavoitteena on hoidon jatkuvuuden toteutuminen. Potilas tulisi aina myös pyrkiä "saattamaan" avohoitoon ja näin varmistaa hoidon jatkuvuus. Samoin hoitoon ohjauksen ollessa kyseessä hoitoon saattaminen on tärkeä osa hoitoketjua.

Eri hoitotahoille ei ohjata turvapaikanhakijoita jatkohoitoon ilman, että konsultoidaan psykiatrian erikoislääkärää. Muissa paikoissa hoidossa olevien potilaiden osalta toivotaan väliraportteja hoidon tilasta ja tietoa mahdollisesta hoidon loppumisesta.

Kidutuksen uhrit pyritään pääsääntöisesti ohjaamaan konsultaatioon ja hoidon arvioon Kidutettujen kuntoutuskeskukseen kuten ennenkin. Kidutuksen uhreja ei ole tarkoitus hoitaa vastaanottokeskuksen psykiatrin konsultaatioiden yhteydessä.

Toiminta on selkeästi kustannuksia säästävää ja selkeästi myös preventiivistä.

## *8.5 Maahanmuuttajat akuuttipsykiatrisella päivystyspoliklinikalla*

Selvityksen perusteella maahanmuuttajien määrä akuuttipsykiatrian ja pitkäaikaishoidon laitoshoidossa on edelleen vähäinen. Alueelliset erot ovat suuria, mutta maahanmuuttajien osuus kaikista potilaista on edelleen pieni. Tarkkoja lukuja ei ole olemassa. Runsaasti maahanmuuttajataustaisia henkilöitä olevilla asutusalueilla potilasmäärät näyttäisivät korreloivan maahanmuuttajien määrään koko alueella. Esimerkiksi Helsingin alueella maahanmuuttajia on tasaisesti lähes koko sairaanhoitopiirin alueella.

Helsingin kaupungin Hesperian sairaalan, nykyisen Helsingin kaupungin Auroran sairaalan päivystysalueen havaintojen mukaan (osastonhoitaja Maija Vihervän suullinen tiedonanto) ulkomaalaisia tai maahanmuuttajia ja pakolaisia on lähes päivittäin päivystyspotilaina. Viimevuosina määrät ovat lisääntyneet, mutta mitään dramaattista muutosta tai lisääntymistä käyntimäärissä ei ole tapahtunut. Päivystysalueella maahanmuuttajista ei ole olemassa erityisiä tilastoja eivätkä maahanmuuttajat tilastoidu tai potilaiden lähtömaat ei tilastoidu erikseen. Turvapaikan hakijoita on ajoittain ollut enemmän, mutta heidänkin osuus on pysynyt vähäisenä.

Päivystykseen tulevilla maahanmuuttajilla on pääsääntöisesti samat ongelmat kuin valtaväestöllä. Ongelmana akuutissa kriisissä reaktiivisessa tilanteessa on kieli, tulkkien saatavuus pääkaupunkiseudulla on hyvä, mutta ongelmia tulee lähinnä viikonloppu ja yöaikana. Hätätapauksessa yhteinen kieli löytyy usein joko lähisukulaisten avulla tai sairaalan työntekijältä, jolla maahanmuuttajatausta. Maahanmuuttajapotilaat tulevat harvoin yksin päivystysalueelle. Yleensä akuuttikriiseistä selvittää ennen ammattitulkkin saapumista.

Tulkin käytössä ja tilaamisessa osastonhoitajalle ei ole raportoitu mitään suurempia ongelmia, koska työ on jo perusluonteeltaan ryhmätyötä. Työryhmässä avustavat henkilöt kuten tulkit kuuluvat asiaan. Tiedon saanti ja keruu on vaikeaa ja hidasta nimenomaan ensikertalaisilla, koska välttämättä mitään aikaisempia tietoja ei ole käytettävissä. Uusintakäynnit ovat jo helpompia koska aikaisempaa tietoa on käytettävissä. Päivystyspsykiatria on varsin reaktiivista ja kiireinen paikka ja henkilökunta ovat varsin kouliintunutta erilaisen ihmisten kohtaamiseen. Päivystysalueelta potilaat ohjautuvat varsin tasaisesti aluepsy-

kiatrisille osastoille. Turvapaikanhakijoita on ohjattu keskitetysti mm. Lapinlahden sairaalaan.

Suomen ruuhkaisimmalla psykiatrisella päivystysalueella osastonhoitaja Maija Vihervä ei näe maahanmuuttajia potilaskuntana sinänsä mitenkään erityisenä ongelmallisena. Potilaita on säännöllisesti ja aiempaa enemmän. Psykoottisten tai muuten vakavasti oireilevien maahanmuuttajataustaisten potilaiden hoito järjestyi pääsääntöisesti samalla tavoin kuin muidenkin päivystysalueelle tulevien potilaiden hoito.

Käytännön ongelmia tulee esiin maahanmuuttajien kanssa, mitkä liittyvät usein kieleen ja kulttuurieroihin, tai konkreettisesti tiedon keräämiseen. Tulkkien saatavuus on ajoittain ongelma. Yhteisen kielen löytäminen reaktiivisessa tilanteessa on käytännössä tavallisin ongelma, mutta ei kuitenkaan selvittämätön.

## *8.6 Maahanmuuttajat psykiatrisessa sairaalassa, esimerkkinä Lapinlahden sairaala osasto 3*

Lapinlahden sairaalan osasto 3 osastonhoitaja Jaana Luoman kertoo, että ulkomaalaisia maahanmuuttajia on vaihtelevasti, aikaisempaa säännöllisemmin ja aikaisempaa useammin suljetun psykiatrisin osaston hoidossa. Varsinaiset ulkomaalaiset ovat usein Suomessa turistimatalla tai lyhyellä oleskelulla olevia akuutisti sairastuneita ihmisiä, jotka usein kriisihoidon tai akuuttihoiton jälkeen saatetaan takaisin kotimaihinsa. Hoitojärjestelyt ovat usein hankalia ja työllistäviä. Muita maahanmuuttajia ja pakolaisia oli osastolla 3 hoidettavan vuonna 2002 yhteensä 19. Kyseinen vuosi oli silloinen huippuvuosi sairaalapalvelujen suhteen. Tuolloin potilaista suuri osa oli turvapaikanhakijoita ja kirjoilla Helsingin vastaanottokeskuksessa. Hoidot olivat yleensä vaativia, ja suomalaisiin verrattuna pitkäkestoisempia. Erityisen vaikeita olivat ne tilanteet, jolloin omaisverkosto puuttui ja potilaat olivat yksinäisiä. Sairaus sinänsä, kieli ja kulttuurierot vaikeuttivat kommunikaatioita ja hidastivat etenkin tiedon kartoittamista ja keruuta. Tulkkia on mahdotonta pitää pitkiä aikoja ja aina ei ole muuta yhteistä kieltä. Myöskään maahanmuuttajataustaisia työntekijöitä ei ole riittävästi. Venäjänkielellä kanssakäyminen onnistuu kohtalaisen vaivattomasti. Hoitojen kesto oli keskimäärin noin yksi kuukausi. Haastattelu tehtiin niin varhain että vuoden 2003 luvut eivät olleet käytössä. Vuoden 2003 tilanne vastasi kutakuinkin kuvattua tilannetta. Vuoden 2004 aikana potilaskunta on vaikeutunut ja psykooseja on hoidettu enemmän.

Hoidossa hankalia kohtia oli erityisesti ammattimaisten mielenterveystulkkaukseen tottuneiden tulkkien saaminen. Heistä ei ole koottua tietoa tai listoja ja hyvät tulkit ovat varattuja. Kun tulkkia käytetään harvemmin tietotaitoa ja rutiinia tulkin käyttöön ei juuri kerry. Yksinäiset pakolaiset ovat myös ongelmallisia, koska omais- ja läheisverkoston puuttuu. Erityisesti turvapaikanhakijoilla prosessien pituus ja paine ja pelko tulevaisuudesta näyttäisi pitkittävän hoitoja. Myös tietous jonkun kulttuurin tavoista tai normeista on puutteellista ja siihen kaivattaisiin apua. Erityisesti Euroopan ulkopuolelta tulleet ja jollain tavalla vieraat ja eksoottiset ihmiset ovat hankalia puolin ja toisin. Osastolla potilaiden välinen rasismi ei ainakaan toistaiseksi ole ollut suuri ongelma. Hyvin henkilöstöllä resursoitu ja pääsääntöisesti varsin rauhallinen osasto lienee tätä estävä tekijä, toisaalta potilaiden jonkinlainen valikoituminen yliopistoklinikalle. Sairaustilat ja vaikeat psyykkiset oireet eivät sinänsä eroa muista potilaista. Vuoden 2003 alkusyksyllä tilanne oli edellisvuoteen verrattuna huomattavan rauhallinen, turvapaikanhakijoita ei juuri ollut hoidossa ja muitakin pakolaisia ja maahanmuuttajataustaisia ihmisiä vähän. Syynä hän arvelee olevan joko päivystyspoliklinikan käytäntöjen muuttumisen – potilaat sijoittuva Helsingin kaupungin alue-

psykiatrisille osastoille. Toisena syynä oli Helsingin vastaanottokeskuksen psykiatrisen avohoidon tehostuminen ja hoidon uusi porrastus. Hoidon keskittämistä yhdelle osastolla Luoma pitää hyvänä ratkaisuna, koska tietoa, taitoa ja rutiinia kertyy yhteen hoitoyksikköön.

### *8.7 Huomioita muista psykiatrisista sairaaloista*

Lapinlahden sairaalan henkilökunnan kokemukset vastaavat pitkälti muiden mielisairaaloiden osastojen tilannetta. Muualla maahanmuuttajataustaiset potilaat ovat vieläkin tätä vähäisemmät. Mitä harvemmin maahanmuuttajataustaisia ihmisiä tavataan, sitä tavallisempia ovat ongelmat esimerkiksi tulkin käytön suhteen. Puutteita on selvästi tulkin tilaamisessa, sukulaisia käytetään edelleen yleisesti ja monesti turvaudutaan myös "edullisempaan" puhelintulkkaukseen. Jos yhteinen kieli löytyy, edes huonokin on tyhjää parempi ja kommunikaatiotilanne on tuolloin aina parempi. Jos maahanmuuttajalla on Suomessa sukulaisia ja omaisia tilanne on usein varsin hyvä, koska monessa kulttuurissa perheestä pidetään erityisen hyvää huolta. Tätä ei pidä yleistää, koska poikkeuksiakin on jopa saman kulttuurin piirissä. Hoidot tahtovat pitkittyä monista syistä. Kulttuuritietoutta kaivataan laajalti ja etenkin psykoottisia potilaita hoidettaessa tai sitä epäiltäessä "kulttuuritulkit" olisivat paikallaan. Samoin tukihenkilöistä ja omainkielisistä potilasohjeista on puutetta. Osastolla esiintyvään rasismiin potilaiden välillä on kiinnitetty jonkin verran huomiota ja se saattaa olla tiedostettava ongelma. Vaikeasti psyykkisesti ja kroonisesti sairaat yksinäiset maahanmuuttajat nousevat selkeästi esiin potilasryhmänä josta ollaan huolissaan ja joiden jatkohoito ei aina kunnolla luonnistu.

Isojen kieliryhmien ja maahanmuuttajaryhmien mm. paluumuuttajien kohdalla jatkossa on varmasti tarvetta omakielisille kuntoutuskodeille, ja muulle kuntouttavalle toiminnalle. Maahanmuuttajataustaisia työntekijöitä on edelleen harvassa ja etenkin vilkkaissa ja kuormitetuissa päivystyspisteissä ja akuuttiosastoilla heille alkaisi olla tarvetta. Yleisenä suurena huolena ehkä nousi esiin muiden valtaväestön potilaiden suhtautuminen maahanmuuttajiin, mm. rasismi ja eri etnisten ryhmien jännitteet.

Hoidossa olleiden potilaiden kokemukset vaihtelevat laidasta laitaan, osa on ollut tyytyväisiä, osa taas täysin sitä mieltä että ei ole saanut lainkaan hoitoa tai ettei ole koko hoidon aikana saanut puhua omaa kieltään, saattikka nähnyt tulkkia tai tiennyt mitä itselle ylipääntänsä tapahtuu. Yksinäisyys ja ulkopuolisuuden tunne oli tavallista. Myös tiedonpuute ja hoidon epämääräisyys oli ongelma. Potilaat olivat hämmentyneitä siitä, mitä heille itselle mahdollisesti tapahtuu ja mitä kaikkea hoito pitää sisällään. Voinnin parantuessa tilanne usein korjaantui potilaiden voimaantumisen myötä. Mitä parempi oli oma tai yhteinen kieli, sitä paremmin maahanmuuttaja tuli ymmärretyksi.

Pienistä potilasmääristä ei voi tehdä suuria johtopäätöksiä. Sairaalaan pääsy ja adekvaatin hoidon saaminen on ongelmallista huolimatta palvelujen saatavuudesta ja kattavuudesta. Usean eri tahon tuntumana on että psykiatrasta sairaalahoitoa vaativat aikuispotilaat eivät saa adekvaattia hoitoa ja eivätkä he useinkaan ohita "portinvartijaa". Ongelmat ovat todennäköisempiä jos maahanmuuttajat ovat Euroopan ulkopuolelta, he ovat selkeästi ulkonäöltään ja tavoiltaan erilaisia ja kommunikaatio on täysin tulkin varassa, eikä läsnä ole saman kulttuurin edustajaa. Sairaalaan toimittaminen vaatii myös erityistä lähetävän tahon aktiiviteettia ja huolenpitoa. Potilasta ei yleensä voi jättää oman onnensa nojaan ja antaa lähete käteen. Hoitoketju pitää varmistaa loppuun asti ja käytännössä potilas pitää kädestä pitäen saattaa hoidon piiriin. Hoidon loppuessa yhteiset palaverit lähetävän tahon kanssa eivät

useinkaan toteudu, tieto ja loppulausunnot kulkevat hitaasti ja viiveellä. Potilaita itse ovat usein hyvin hämmentyneitä siirtovaiheissa ja usein kävi niin että tieto ei mennyt perille. Perusongelmana oli, että maahanmuuttajien oletettiin pärjäävän palvelujärjestelmässä kuten suomalaiset. Esimerkiksi tälle potilasryhmälle luonteenomaiset myöhästymiset, poissa jäämiset etc. koettiin ongelmallisina.

## *8.8 Helsingin Itäisen terveyskeskuksen kriisityöryhmän kokemuksia*

Itäisen terveyskeskuksen kriisityöryhmän toiminnan alkuvaiheessa erityistä huomiota kiinnitettiin maahanmuuttajien kohtaamiseen ja heidän tapaamiseen. Maahanmuuttajien määrää myös seurattiin omalla kirjanpidolla. Vuosittain kaikista kriisityöryhmään tulleista potilaista maahanmuuttajien osuus oli tasaisesti vuosittain noin 4-5 % luokkaa. Vuonna 2002 hoitonsa päättäneistä 5,7 % (=12) oli maahanmuuttajia. Kriisityöryhmä palvelee koko itäistä suurpiiriä, jossa ulkomaalaistaustaisen väestön osuus on 10,7 %. Luku on viime vuosina jostain syystä hiukan vähentynyt. Maahanmuuttajat ovat itäisellä alueella kuitenkin varsin tavallinen potilasryhmä.

Selontekoa varten sosiaalityöntekijä Kari Väisänen kysyi okakuussa 2003 Vartiokylän peruspiirin toisen lääkärin vastaanotolla olevin maahanmuuttajien määrää. Tuolloin 5,3 % potilaista oli maahanmuuttajatausta. Samaan aikaan idän alueen kolmella akuuttiosastolla ja yhdellä kuntoutusosastolla, jossa on vuodepaikkoja yhteensä 57, kirjoilla oli n.75 potilasta, joista 12 % (=9) oli maahanmuuttajia. Suuri osa potilaista oli paluumuuttajia ja loput pakolaisia.

Suurin osa kriisityöryhmään tulevista potilaista tuli selkeästi terveyskeskuslääkärin lähettämänä ja ohjaamana. Ongelmia oli aluksi tottuminen tulkin kanssa työskentelyyn ja käytännön ongelmat liittyen esimerkiksi tulkin tilaamiseen ja muihin käytännön järjestelyihin. Henkilökunnassa on saatavilla myös venäjänkielentaitoisia työntekijöitä, mikä on koettu helpottavana ja helpompana kuin tulkin kanssa työskentely. Itäisellä alulla hoitoon pääsy on varsin joustavaa ja yhteistyö sujuu paikallisten terveyskeskuslääkärien kanssa. Hoitoon saapumisen kynnys on joillakin potilailla varsin suuri. Kriisityöryhmän joustavat työtavat ja tarvittaessa tapahtuvat kotikäynnit sopivat hyvin maahanmuuttajaväestön vastaanottamiseen. Jonkin verran huolta herättää maahanmuuttajien käyntien väheneminen.

Itäisellä psykiatrian poliklinikalla kuin muillakin avohoidon psykiatrian poliklinikoilla Suomessa puuttuvat "mittarit", joilla voisi seurata erityisesti tämän potilasryhmän palvelujärjestelmän käyttöä ja myös antaisi sitä tietoa, minkälaiset ihmiset käyvät hoidon piirissä, minkälaisista taustoista he ovat ja minkälaisia sairauksia heillä on. Tämä tieto esimerkiksi Helsingin Itäisellä alueella kiinnostaisi, koska siellä on muuhun kaupunkiin verrattuna varsin taaja maahanmuuttajaväestö ja se palvelisi mm. hoitoketjujen ja palvelutarpeen suunnittelua. Tietosuoja ja salassapito tulevat tälle selkeäksi esteeksi. Toiveita maahanmuuttajien terveyteen ja kulttuurieroihin liittyvästä koulutuksesta tulee selvästi esiin, mutta ongelmaksi monella yksiköllä esteeksi tulee koulutusmäärärahojen puute ja riittävän suuren joukon pääsy kerrallaan koulutuksen piiriin. Myös koulutustahot puuttuvat ja ovat harvassa. Koulutustoiveena oli että se tapahtuisi lähellä työyksikköä tai työyksikössä.

”Vaikeasti sairaiden, skitsofreniaa ja muita pitkäaikaisia psykoottisia sairauksia sairastavat potilaat tarvitsevat tulevaisuudessa mahdollisesti omakielisiä kuntoutuskoteja, tämä koskee etenkin suuria ryhmiä, kuten venäjänkielistä potilaskuntaa. Tämä on ehkä nouseva ongelma, jos jotain tulevaisuuden näkymiä yritettäisiin hahmotella.”

Apulaisylilääkäri Kaarina Roth, sosiaalityöntekijä Kari Väsisänen

## 8.9 Maahanmuuttajat yleislääkärin vastaanotolla

Maahanmuuttajat käyttävät paljon yleislääkärin palveluja. Erityisesti pakolaisilla ja turvapaikanhakijoilla on runsaasti erilaisia yleiseen terveydentilaan liittyviä ongelmia, sairauksia ja tautitiloja. Erityisesti niillä alueilla, joilla on paljon maahanmuuttajia, he ovat tavallinen näky vastaanotolla. Näillä alueilla on myös totuttu maahanmuuttajien kohtaamiseen ja tulkin käyttöön. Erilaisia somaattisia oireita on paljon ja potilaat ovat usein varsin vaativia tutkimusten suhteen. Tavallisia havaintoja on että pakolaiset usein puhuvat mielenterveysongelmienkin ollessa kyseessä mieluiten fyysisistä oireista ja kehollisista pahanolotunteista kuin mielenterveysongelmista. Kotia lähellä olevaan lääkäriin on usein helpompi luottaa, erityisesti jos lääkäri hoitaa koko perheen asioita. Kulttuurierot tulevat tässä selkeästi esiin.

Keskeiseksi ongelmaksi tulevat usein aikakysymykset. Lyhyt terveyskeskuslääkärin vastaanottoaika ei useinkaan riitä, tarvitaan vähintään kaksinkertainen aika verrattuna suomenkielisiin asiakkaisiin. Tilanne on helpompi, jos alkukartoitus on tehty huolellisesti ja myös keskitetysti saman tai samojen työntekijöiden toimesta. Esimerkiksi Helsingissä, jossa ei ole keskitettyä maahanmuuttajien terveydentilan kartoitusta, alueelliset erot tulevat suuriksi.

Maahanmuuttajien mielenterveysongelmia on vaikea tunnistaa ja esimerkiksi lievän tai keskivaikean masennuksen hoito on hankalampaa kuin kantaväestön. Ongelmia tulee esiin esimerkiksi lääkkeiden käytön, sivuvaikutusten ja niistä informoimisen suhteen. Akuuttitilanteissa hoitoon toimittamiset ovat hankalia ja näissä erityisesti tulkin saatavuus on joissakin tapauksessa vaikeaa, jolloin joudutaan turvautumaan lähiomaisiin, jopa lapsiin. Perheellisillä potilailla, joilla on mielenterveysongelmia, tilannetta siedetään perheen piirissä usein varsin pitkään ja hoitoon tullaan vasta sitten, kun tilanne on sietämätön kotipiirissä. Yksinäisillä potilailla, joilla ei ole tukiverkostoja tilanne on toinen ja hoitoon hakeutumisen kynnys on matalampi.

Yleisesti potilailla näyttää puuttuvan tietoa terveydenhuollon järjestelmistä ja erityisesti he ovat hämmentyneitä hoidon porrastuksista.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tiedonkulussa on myös toivomisen varaa. Esimerkiksi jos potilas menee vapaaehtoisesti mielisairaalaan, tai saa lähetteen sinne, pelkkä lähete ei riitä, vaan lähettävän tahon pitää varmistaa että suunnitellut hoitotoimenpiteet myös toteutuvat.

Terveyskeskuksissa toivotaan lisää koulutusta ja tietämystä maahanmuuttajien terveydentilaan liittyvissä asioissa.

Yleislääkäreitä arvostetaan laajalti maahanmuuttajien keskuudessa ja usein heidät mielletään ja toivotaan usein myös mielenterveyshäiriöiden hoitajiksi. Mielisairauksiin liittyy lähes kaikissa kulttuureissa voimakas stigma eli leimaantuminen. Luottamus liittyy sinänsä usein lääkäriin ammattiin, mitä arvostetaan korkealle useassa eri kulttuurissa. Arvostus tulee myös siitä että oma lääkäri hoitaa koko perhettä ja tietää näin myös perheen muut ongelmat ja on parhaimmillaan koko perheen luottohenkilö. Monessa kulttuurissa somaattisten oireiden kuten "sydänkipujen" tarjoaminen ahdistuksen, masennuksen tai surun tilalla on paljon hyväksyttävämpää, sallitumpaa ja helpompaa kuin henkisestä voinnista ja pahasta olosta puhuminen.

Maahanmuuttajien keskuudessa yleislääkärit ovat erityisen luotettuja hahmoja, koska heillä on jatkuva kontakti myös muuhun perheeseen. Tämä koskee myös mielenterveyshäiriöitä. Monet potilaat toivovat oman hoitonsa järjestyvän oman lääkärin luona, myös mielen-terveysongelmissa.

### *8.10 Maahanmuuttajataustaiset huumeiden käyttäjät Helsingissä*

Tähän selontekoon kartoitettiin tietoja maahanmuuttajataustaisista henkilöistä, jotka ovat asioineet Kurvin huumehoitoyksikössä vuosina 1998–2002. Helsingin Diakonissalaitoksen Kurvin huumehoitoyksikkö kerää jatkuvasti runsaasti tietoa asiakkaistaan. Tietoja löytyy myös maahanmuuttajataustaisista henkilöistä. Kartoituksen on tehnyt selvitysmiehen pyynnöstä Helsingin Diakonissalaitoksen Sosiaalitoimen erikoissairaanhoidtaja Heikki Pokkinen.

Maahanmuuttajataustaiset asiakkaat Helsingin Diakonissalaitoksen Kurvin huumeepoliklinikalla vuosina 1998 - 2002. Maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden määrät vaihtelivat Kurvin huumeepoliklinikalla vuosittain 55:stä 91:een. Heidän kokonaismäärät ovat varsin pieniä. Asiakkaista yli puolet on paluumuuttajia ja muut sattumanvaraisin kotoisin eripuolilta maailmaa, usein pakolaisia. Vastaavasti kyseisenä ajanjaksona kaikkien asiakkaiden määrä vaihteli 1264:sta 1963:een. Maahanmuuttajien prosentuaalinen osuus vaihteli vuosina 1998 - 2002 2,9 - 4,7 %:iin.

Ensisijainen syy hakeutua Kurvin huumeepoliklinikan hoitoon oli lähes kaikilla päihteiden ongelmakäyttö. Maahanmuuttajilla psyykkiset syyt ensisijaisena hoitoon hakeutumisen syynä olivat hiukan yleisempiä kuin muilla asiakkailla, mutta määrät olivat niin pieniä, ettei niistä voi vetää johtopäätöksiä. Muita hoitoon hakeutumiseen syitä olivat sosiaaliset syyt sekä fyysiset syyt. Nämä olivat suunnilleen yhtä yleisiä maahanmuuttajataustaisilla ja muilla asiakkailla. Maahanmuuttajilla psyykkiset syyt olivat hiukan vähäisempiä kuin kaikilla asiakkailla, mutta silti ne olivat sängen yleisiä. Kurvin muihin asiakkaisiin verrattuna maahanmuuttajat olivat muita harvemmin neuvontapalvelu- tai huumeeseula-asiakkaana. Hoitokontaktin sisältö oli useammin asiakkaan tilanteen ja hoitomahdollisuuksien kartoitusta.

Hoidon tarpeen arviointiin sisältyy Kurvin huumeepoliklinikalla asiakkaiden psyykkisen tilan arviointi. Asiakkaiden psykoottisia oireita kartoitetaan haastatteluhetkellä, päihteiden käyttöön liittyen, sekä muulloin heitä kohdatessa. Päihteiden käyttöön liittyvät psykoottiset oireet olivat maahanmuuttajilla hiukan harvinaisempia kuin kaikilla Kurvin asiakkailla, mutta niitä oli silti lähes joka toisella. Tähän lienee vaikuttanut amfetamiinin käytön vähäisyys maahanmuuttajien ensisijaispäihteenä verrattuna kaikkiin asiakkaisiin. Suurin osa maahanmuuttajista käytti ensisijaisesti huumeena opiaatteja. Huomattavan suurella osalla maahanmuuttajista oli ollut psykoottista oireilua jossain vaiheessa elämän historiaa..

Kurvin huumeepoliklinikan haastatteluun oli vuosina 2001 - 2002 saapunut vain 2 maahanmuuttajaa psykoottisena, kun se Kurvin kaikilla asiakkailla oli yleisempää. Valtaosa huumeiden käyttäjistä kärsii masennusoireista. Selvästi yli puolella maahanmuuttajista, oli masennusoireilua haastatteluhetkellä. Itsetuhoajatuksia haastatteluhetkellä oli noin kolmasosalla Kurvin kaikista asiakkaista. Maahanmuuttajataustaisilla asiakkailla itsetuhoajatuksia oli vuonna 2001 21 % ja vuonna 2002 31 % prosentilla. Myös tässä kysymyksessä oli maahanmuuttajien kohdalla ilmeisesti sattumasta ja pienestä otoksesta johtuvaa vaihtelua. Aikaisemmat itsemurhayritykset olivat yleisiä maahanmuuttajilla sekä myös Kurvin

kaikilla asiakkailla. Huomattavan usean asiakkaan kohdalla ei tietoa aikaisemmista itsemurhayrityksistä ollut saatu tai sitä ei ollut kysytty.

Hoidon tarvetta arvioitaessa noin kolmannes Kurvin kaikista asiakkaista halusi psykiatrasta hoitoa. Maahanmuuttajista vajaat neljännes halusi psykiatrasta hoitoa, mikä verrattuna esimerkiksi masentuneesti oireilleiden huumeiden käyttäjien määrään on pieni. Luku on lähempänä itsetuhoa ajattelevien tai itsemurhaa aikaisemmin yrittäneiden määrää.

Yhteenvedon voi todeta, että maahanmuuttajien kokonaismäärät ovat varsin vähäisiä verrattuna koko Kurvin huumepoliklinikan asiakaskuntaan. Suurin osa heistä on paluumuuttajia. Päihteiden käyttö oli tavallisin hoitoon hakeutumisen syy. Pienessä aineistossa huomattavan suurella osalla maahanmuuttajista oli erilaista psyykkistä, jopa psykoottista oireilua. Masennus oli yleistä ja itsemurha-ajatukset ja itsemurhayritykset olivat heidän henkilöhistoriassaan kohtalaisen tavallisia. Vähäisestä kokonaiskävijämäärästä johtuen kovin selkeitä johtopäätöksiä ei voi tehdä psyykkisten häiriöiden esiintyvyydestä huumeita käyttävillä maahanmuuttajilla. Tulokset ovat kuitenkin samansuuntaisia, ja suuntaa antavia joita on esitetty muissa eri tutkimuksissa ja vastaavat kutakuinkin valtaväestön huumeidenkäyttäjien keskuudessa todettua psyykkistä oireilua.

## **9 KOLMANNEN SEKTORIN YLLÄPITÄMÄT MAAHANMUUTTAJIEN PSYKOSOSIAALISTA HYVINVOINTIA EDISTÄVÄT TOIMINNOT**

### **9.1 SOS palvelukeskuksen Ulkomaalaisyksikkö, entinen Ulkomaalaisten kriisikeskus**

Suomen Mielenterveysseuran SOS -palvelukeskuksella on Suomessa pisin yhtäjaksoinen kokemus pelkästään maahanmuuttajaväestön kriisitilanteiden hoidossa. Asiakastyön ohella keskus on ollut erityisen merkittävä kouluttaja, työnohjaaja ja maahanmuuttajien mielen-terveysongelmista tiedottava ja heidän etujaan ajava taho. Keskuksen työntekijät ovat aktiivisesti olleet mukana Suomen maahanmuuttajien terveydenhuollon kehittämisessä, maahanmuuttopolitiikan luomisessa ja he ovat aktiivisesti työskennelleet tämän asiakasryhmään hoitoon ja kohteluun liittyvien epäkohtien korjaamiseksi.

Helsingissä toimiva SOS - palvelukeskus on Suomen ensimmäinen varsinaisesti ja pelkästään ulkomaalaisille asiakkaille tarkoitettu mielen-terveyspalvelujen kriisipiste. Keskus perustettiin vuonna 1989. Ennen kriisikeskuksen perustamista ulkomaalaistaustaisen asiakkaan oli käytännössä lähes mahdotonta saada keskitettyä apua omalla äidinkielellään. Palveluja ei yksinkertaisesti ollut. Suomen Mielenterveysseuran tavoitteena järjestää maahanmuuttajille kriisipalveluja mahdollisimman kevyellä organisaatiolla. Suunnittelun pohjana käytettiin Suomen Mielenterveysseurassa jo pidempään toiminutta SOS - palvelua sekä ajatusta alueellisista kriisikeskuksista. SOS -palvelu on jo 1970- luvulla perustettu itsemurhien ehkäisykeskus, jonka toiminta laajeni ja monipuolistui vuosien mittaan henkisen kriisiavun suuntaan. Kriisikeskuksesta haluttiin laajaa mielen-terveystyötä tekevä psykososiaalinen tuen keskus. Mallia ja oppia alkavaan toimintaan haettiin Ruotsista, missä oli jo tuolloin varsin pitkää kokemusta vastaavasta kriisiluonteisesta kuntoutustyöstä.

Suomen Mielenterveysseura Ulkomaalaisten kriisikeskus 1989/1999 juhlisti kymmenvuotistaivaltaan julkaisulla. Opus antaa kauniin ja hyvän kuvan toiminnasta ja erityisesti sen

ainutlaatuisesta pioneeriluonteesta. Julkaisua saattaa olla vielä saatavilla SOS – KESKUKSESSA.

Ulkomaalaisten kriisikeskus toimi pitkään erillään muusta SOS - keskuksen palveluista. Vuonna 2002 toimintaa siirtyi fyysisesti yhteen Suomen Mielenterveysseuran muiden palveluiden kanssa. Muuttoon liittyi myös nimenmuutos SOS - palvelukeskukseksi. Ulkomaalaisten kanssa työtä tekevä työryhmä on kuitenkin vielä omana työryhmänään keskuksessa. Työryhmien yhdistämisellä on selkeät edut, yhteistyön, oppimisen ja konsultaatioiden vuoksi. Maahanmuuttajille suunnattu kriisityö tuli yhdistymisen jälkeen tavalliseksi osaksi kriisityötä ja toi asiakkaat kuin myös työntekijät samanarvoiseen asemaan.. Ulkomaalaisten kriisikeskuksen rahoittajan on toiminut alusta pitäen Raha-automaattiyhdistys. Pientä lisärahoitusta on tullut konsultaatioista, työnohjauksista ja luentopalkkioista.

Ulkomaalaisten kriisikeskuksen toimintakertomuksesta ilmenee, että sen tehtävänä on edistää maahanmuuttajien psyykkistä hyvinvointia ja kotoutumista suomalaiseen yhteiskuntaan. Yksikkö tukee kuntien valmiuksia palvella ulkomaalaisia mielenterveysasioissa sekä täydentää julkisia palveluita kohderyhmänä yli 100 eri kansallisuutta olevaa ihmistä, jotka käyttävät lukuisaa määrää puhuttuja eri kieliä. Kriisikeskuksen tavoitteena on tukemalla kuntia ja yhteisöjä, jotka työskentelevät ulkomaalaisten kanssa, sekä varmistaa Suomessa asuville ulkomaalaisille mielenterveyspalveluita sekä täydentää kuntien psykososiaalisia palveluita ulkomaalaisille ja heidän perheenjäsenilleen.

Vakituiseen henkilökuntaan kuului vuoden 2002 aikana johtaja, kaksi kriisityöntekijää ja toimistos sihteeri. Työryhmää täydensi konsultoiva psykiatri. Keskus ostaa tarvittaessa ulkopuolisia palveluita asiakastyöhön, koulutukseen, konsultaatioon ja työnohjaukseen. Lisäksi keskukselta tarjottiin koulutusta, konsultaatiota ja työnohjausta kunnille sekä eri yhteisöille. Kliinisen potilastyön osuus oli noin puolet toiminnan kokonaisaktiviteetista, tavoite on vähentää kliinisen työn osuutta niin että asiakkaat saisivat vähitellen apua kuntien omista kriisi- ja mielenterveyspalveluista.

Vuoden 2003 Ulkomaalaisyksikössä oli 602 asiakaspuhelua, 1179 asiakaskäyntiä. 36 % asiakastyöstä tapahtui tulkin välityksellä, vastaavasti 39 % tapahtui englannin kielellä. Vuoden 2003 muina aktiviteetteina ja yksikön laajaa toimintaa kuvaavina toimintoina olivat mm. avokuntoutusryhmä sorainkielisille kurdimiehille, neljä tukisuhdetta, 17 tukihenkilöä, 10 kuntakonsultaatiota, jotka tavoittivat 83 työntekijää, 10 työnohjausryhmää, yhteensä 87 tapaamista, 24 luentoa tavoittaen 1774 kuulijaa. Vierailuja oli 30 Ulkomaalaisyksikössä, yhteensä 210 vierasta yksikössä sekä yksikössä annettiin yhdeksän haastattelua.

Asiakastyön osuus työpanoksesta on vuoden 2002 aikana ollut noin 50 %. Toimintavuoden 2002 aikana keskuksessa kävi yhteensä 149 uutta asiakasta (v. 2001/178), joista miehiä oli 80 ja naisia 69. Edelliseltä toimintavuodelta siirtyi 79 asiakasta. Asiakkaista pariskuntia oli 21. Asiakkaista 59 % oli 21 - 40 -vuotiaita. Suurin osa asiakkaista oli pääkaupunkiseudulta. Asiakaskäyntejä oli vuoden aikana 1213 (v.2001/1358). Noin 36 % asiakastyöstä tapahtui englannin kielellä ja 35 % (v. 2001/35 %) tulkin välityksellä. Noin 25 % asiakkaista kävi keskuksessa kerran ja noin 50 % 2-5 kertaa. Asiakaspuheluita tuli vuoden aikana 523 ja yhteensä puheluita vastaanotettiin 1349 (v. 2000/1276) kappaletta. Konsultoivaa psykiatria on vuoden aikana käytetty keskimäärin yhteen asiakastapaamiseen viikossa. Keskukseen ei tarvita lähetettä. Suurin osa asiakkaista varasi ajan itse, lukuun ottamatta turvapaikanhakijoita, joita oli asiakkaista 11 (v. 2001/24).



Turvapaikanhakijoiden pitkät odotusajat sekä perheenyhdistämisen ahdistava odotus ovat pääasiallisena syynä asiakkaiden lausuntopyyntöihin kriisikeskuksesta. Asiakkaat pyytävät lausuntoja ensisijaisesti liitettäväksi Ulkomaalaisviraston asiakirjoihin.

Vuodesta 1989 alkaen kerätyistä tilastotiedosta käy ilmi että yksittäisiä asiakastapauksia on vuosittain keskimäärin noin 150, huippuvuosina vuosina 1992–1995 asiakkaita oli kahdensadan molemmin puolin. Sen jälkeen käyntimäärät ovat lähteneet tasaiseen laskuun ja vaikiintuneet. Asiakaskäyntejä on ollut tasaisesti keskimäärin 1000 ja 1500 käynnin välissä vuosittain. Käynnit ovat pääsääntöisesti yksilökäyntejä. Pariskuntia on vuosittain tasaisesti parinkymmenen luokkaa. Suurin osa potilaista tulee itse oman yhteydenoton perusteella. Turvapaikanhakijat tulevat selkeästi vastaanottokeskuksen terveydenhoitajan ohjaamina. Reilu kolmannes asiakkaista tarvitsee tulkin asioidessaan keskuksessa, samoin reilu kolmannes pärjää englannin kielellä. Loput pystyvät puhumaan suomenkieltä. Pääsyinä hoitoon hakeutumiseen olivat ahdistuneisuus ja depressio sekä parisuhdeongelmat.

Johtaja Lena Bremer on erittäin huolissaan maahanmuuttajien mielenterveyspalveluiden toteutumisesta. Hän kokee ja on huolissaan siitä, että maahanmuuttajat ovat selkeästi eriarvoisessa asemassa ja he eivät pääse adekvaatisti hoitojen piiriin. Viimevuosina muutoksia ei ole juurikaan tapahtunut, pikemminkin pääkaupunkiseudulla hoitoon pääsy on vaikeutunut lievissä ja keskivaikeissa mielenterveysongelmissa. Hoidon porrastus ei ole toteutunut. Hän kokee että oireita ei tunnisteta ja ne menevät usein "kulttuurin piikkiin" Tietoa, taitoa, tahtoa ja uskallusta puuttuu maahanmuuttajien kohtaamiseen. Erityisesti edelleenkin tulkin kanssa asioimisessa on suuria vaikeuksia ja ennakkoluuloja. Tämä tulee erityisesti esiin silloin, kun yritetään siirtää potilaita jatkohoitoon keskukselta pois julkiseen terveydenhuoltoon. Tulkki koetaan usein selkeästi vieraana työkumppanina. Reilun kymmenen vuoden aikana maahanmuuttajien määrät ovat lisääntyneet, mutta hänen kokemuksensa mukaan hoitohenkilökunnan ja yleiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan ovat pysyneet varsin samantyyppisinä ja muuttuneet hitaasti. Hän on huolissaan siitä, että maahanmuuttajien hätää ei kuulla. Maahanmuuttajat eivät saa heille kuuluvia palveluja ja että he uhkaavat jäädä valtaväestön jalkoihin, kun mielenterveyspalveluista muutoinkin on jo puutetta ja pulaa. Pääkaupunkiseudun päättäjät eivät ole vielä kukaan mieltäneet maahanmuuttajia ja heidän terveydenhoidon tarpeita osaksi palvelujärjestelmää.

Hänen pitkäaikainen toiveensa olisi saada maahanmuuttajien parissa tapahtuva kriisityö luonnolliseksi osaksi kuntien peruspalvelua. Tämä ei ole toistaiseksi toteutunut.

## 9.2 Helsingin Diakonissalaitoksen Kidutettujen kuntoutuskeskus

Kidutettujen Kuntoutuskeskus on toiminut vuodesta 1993 alkaen Helsingin Diakonissalaitoksella. Yksikkö on Suomen ensimmäinen varsinainen transkulttuurinen vain maahanmuuttajia hhoitava psykiatrinen yksikkö. Kaikki potilaat ovat pakolaisia tai turvapaikanhakijoita, muita maahanmuuttajia tai heidän perheenjäseniään. Edellytyksenä hoitoon tuloon on, että potilas tai hänen perheenjäsenensä on kotimaassaan joutunut henkilökohtaisen kidutuksen uhriksi. Keskuksessa ei hoideta Suomessa kidutettuja eikä kantaväestöä.

Yhdentoista toimintavuoden aikana keskuksessa on hoidettu yhteensä yli 600 yksittäistä potilasta. Hoidon piirissä olleita heidän lähiomaisia ei ole tähän lukuun laskettu. Hoidon vaikutuspiirissä on moninkertainen määrä perheenjäseniä ja lähiomaisia. Keskus perustettiin sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta ja aluksi se toimi Helsingin Diakonissalaitoksen määräaikaisena diakoniaprojektina, jota rahoitti Raha-automaattiyhdistys. Perustamisen jälkeen varsin nopeasti kävi ilmi, että julkinen terveydenhuolto ei kykene vastaamaan

tämän erityisen potilasryhmän hoidollisiin haasteisiin ja että kidutuksen uhrien hoito vaatii selkeästi oman erityishoitoyksikön olemassaoloa, kuitenkin niin, että hoito integroituu tiiviisti yhteen muun terveydenhuollon kanssa.

Hoito on usein pitkäaikaista ja se vaatii tietoa, kokemusta, uskallusta, kulttuurista ja huumania herkkyyttä ja henkilökunnan pysyvyyttä. Tieto ei koske pelkästään kidutusta, vaan liittyy selkeästi tietoon pakolaisuuteen liittyvään traumatisoitumiseen ja myös tietoisuuteen turvapaikkamenettelystä ja musta maahntuloon liittyvästä lainsäädännöstä. Myös pitkäaikainen rutiini ja osaaminen apuhenkilöstön kuten tulkkien käytöstä on heidän hoidossaan korvaamaton etu. Toiminta on vakiintunut vuosien varrella ja keskuksesta on kehittynyt moni ammatillinen tieto-taitoyksikkö. Keskus on osa Helsingin Diakonissalaitoksen huume- ja mielenterveystyötä ja se toimii itsenäisenä psykiatrisena avohoidon poliklinikkana ja on toistaiseksi ainoa laatuaan Suomessa. Raha-automaattiyhdistys rahoittaa nykyisin täysimääräisesti toiminnan.

Kidutettujen Kuntoutuskeskuksessa työskenteli vuoden 2004 lopulla kaksi psykiatrian erikoislääkärinä, neurologian erikoislääkärinä, kaksi osa-aikaista psykologia, kokopäivätoiminen fysioterapeutti, sekä tuntityötä tekevä musiikkiterapeutti. Muuna henkilöstönä oli toimistos sihteeri ja siviilipalvelusmies. Noin 50 eri tulkkia on ollut jatkuvasti mukana hoidoissa. He tulevat tulkkikeskusten kautta tai ovat freelancertulkkkeja. Psykiatrian erikoislääkärinä tekee myös psykiatrin konsultaatioita Helsingin vastaanottokeskukseen. Kaikilla lääkäreillä on psykoterapeutin pätevyys. Tarvetta olisi enenevästi ryhmämuotoisten hoitojen järjestämiseen ja erityisesti lapsi- ja perhekeskeiseen työskentelytapaan. Myös kotikäynteihin tulisi olla aiempaa enemmän mahdollisuuksia.

Työryhmää on täydentänyt ajoittain puolipäivätoiminen sosiaalityöntekijä, joka on tehnyt matalan kynnyksen, jalkautuvaa sosiaalityötä ja sosiaalisia kartoituksia uusille potilaille. Sosiaalityö on erityisen tärkeää kidutuksen uhreilla, koska pääsääntöisesti kaikilla on tällä elämän alueella suuria vaikeuksia. Usein lähtötilanne hoitoon tullessa on, että syystä tai toisesta ”sukset ovat ristissä” paikallisen sosiaalitoimen kanssa. Yksikön oman sosiaalityöntekijän puuttuessa yhteistyö lähettävien kuntien sosiaalityöntekijöiden kanssa on jatkuvaa ja tarvetta sen tehostamiseen on selkeästi myös olemassa. Myös yhteistyöpalaverien ja verkostopalaverien tarve on jatkuva. Selviydy Suomessa! –projektin tulokset tukivat niitä havaintoja joita on saatu käytännön työstä kuntoutuskeskuksessa. (Selviydy Suomessa! –Projektin Loppuraportti 2002)

Kliinistä työtä tekeville työntekijöille on mahdollisuus käydä henkilökohtaisessa työnohjauksessa talon ulkopuolella kahdesti kuussa. Koko työryhmälle on yksikössä ryhmätyönohjaus kahdesti kuukaudessa. Uusilta työntekijöiltä edellytetään monipuolista työkokemusta, innostusta ja kiinnostusta alaan. Myös omaa hoitoa edellytetään, tai ainakin että se on käynnissä tai se on vireillä. Tämä on itse asiassa työsuojelukysymys, kun työskennellään äärimmäisiä traumakokemuksia kokeneiden ihmisten parissa. Myös traumaterapia tai muu pidempi psykoterapiakoulutus on välttämätöntä.

Kuntoutuskeskus on valtakunnallinen ajanvarauspoliklinikka ja avohoitoyksikkö. Potilassairaansijojia ei ole, eikä akuuttia päivystystä. Potilaat tulevat vastaanottokeskusten terveydenhoitajien, lääkärin ja sosiaalityöntekijöiden tai kunnallisten pakolais- ja terveydenhoitoviranomaisten lähettäminä. Terveydenhuollon ammattilaisen lähete on välttämätön edellytys hoitoon tulemiselle. Edellytyksenä hoitoon pääsemiseen on henkilökohtainen kidutuskokemus tai siihen verrattava traumatisoituminen, tai että hän on uhrin perheenjäsen. Joissakin yksittäistapauksissa hoitoon otetaan uhrin muu lähiomainen tai lapsi.

Hoito on potilaille ilmaista, matkat ja tulkkien käytön korvaa lähettävä taho. Hoidon sisältö ja kesto vaihtelee yksilöllisesti muutamasta käyntikerrasta vuosien psykoterapiaan.

Hoito alkaa aina arviointikäynneillä, joita on yhdestä viiteen. Potilaita tavataan usein yksilövastaanotolla, mutta tarvittaessa yhdessä koko perheen tai puolison kanssa. Vastaanotolla käytetään aina pääsääntöisesti valikoituneita ja kokeneita ammattitulkkeja, jollei ole tietoa potilaan muusta kielitaidosta. Arviointikäynneillä ja pitkäkestoisessa hoidossa pyritään käyttämään aina samaa tulkkia yhden potilaan kohdalla koko hoidon ajan.

Kuntoutuksessa on sovellettu kansainvälisesti hyväksi koettuja malleja, mitkä perustuvat mm. tarkkaan kidutusmenetelmien ja niiden fyysisten ja psyykkisten seurausten tuntemukseen. Hoitoon kuuluu aktiivinen lääkehoito, kokonaisvaltaisesti myös kivun hoito ja neurologisten sairauksien hoito. Käytetyt lääkkeet edustavat modernin psykiatrisen ja neurologisen lääkityksen koko kirjoa.

Somaattisten sairauksien suhteen lääkärit tekevät tiivistä yhteistyötä eri erikoisalojen lääkäreiden kanssa. Kaikille uusille potilaille pyritään nykyisin tekemään hoidon alussa laaja neurologinen haastattelu ja kliininen tutkimus, jossa erityisesti otetaan huomioon kidutustraumat ja niihin liittyvät pään alueen vammat ja muut mahdolliset neurologiset jälkiseuraukset. Samassa yksikössä tehtynä tämä on osoittautunut helpoksi ja käytännölliseksi toteuttaa. Erityisesti tämä käytäntö on vahvistanut potilaitten luottamusta yksikköme eri hoitomuotoja kohtaan. Potilailla on todellisuudessa myös paljon muita fyysisiä sairauksia, vaivoja ja vammoja joihin he tarvitsevat erikoissairaanhoidon tasoista hoitoa.

Kivunhoitoon on kiinnitetty erityistä huomiota. Kipulääkityksiä käytetään aktiivisesti ja tarvittaessa myös riittävän suurilla annoksilla. Myös vahvat kipulääkkeet ovat aktiivikäytössä. Tulokselliseksi hoitomuodoksi on osoittautunut myös "yhdistetyn hoidon malli", jolloin esimerkiksi fysioterapiaa toteutetaan perättäisinä vastaanottoina samana käyntipäivänä psykoterapian kanssa. Kombinoitu moniammatillinen hoito on osoittautunut erityisen hyväksi ja tehokkaaksi kidutuksen uhrien hoitomuodoksi. Sama malli sopisi myös muiden traumatisoituneiden potilaiden ja kipupotilaiden hoitomuodoksi.

Vuoden 2003 aikana hoidossa kävi 138 eri henkilöä, joista miehiä oli 110 ja naisia 28. Naisten määrä oli suurempi kuin aikaisempina vuosina. Uusia potilaita oli 77 ja hoidon lopettaneita oli 37. Vuoden lopussa hoidossa oli 101 eri potilasta. Hoidon lopettaneiden runsas määrä liittyi sekä henkilöstömuutoksiin että potilasvirtojen lisääntymiseen ja hoidon tehostumiseen. Potilaat edustivat 30 eri kansallisuutta. Poliklinikalla käytettiin eri 39 tulkkia. Neljäkymmenen viiden minuutin potilaskäyntejä kertyi 2033. Peruttuja ja käyttämättömiä aikoja oli 366, mikä vastaa aikaisempien vuosien lukuja. Vastaanottoaikojen peruutukset liittyvät tämän potilasryhmän erityispiirteisiin. Hoidon kysyntä on lisääntynyt selkeästi tarjonnan paranemisen myötä.

Vuonna 2004 käynnit entisestään lisääntyivät, samoin lisääntyi kaikkien hoidettujen potilaiden määrä. Potilaskäynnit lisääntyivät aikaisempien vuosien tapaan ja yksittäisiä potilaita hoidettiin vuoden aikana enemmän kuin koskaan aikaisemmin. Potilaita oli 162, joista miehiä oli 126 ja naisia 36. Potilaista uusia oli 62 ja kuluvan vuoden aikana hoidon lopetti 46. Vuoden lopussa yksikössä oli kirjoilla 116 eri potilasta. Potilaat edustivat 32 eri kansallisuutta ja yksittäisiä tulkkeja oli käytössä yhteensä 53. Yksilökäyntien kokonaismäärä oli 2091. Yksilökäyntien lisäksi liikunta- ja vesijumpparyhmissä oli 100 potilaskäyntiä. Peruttuja tai käyttämättömiä aikoja oli 453.

Potilaiden diagnoosit olivat tavallisimmin Traumaperäinen stressireaktio ja masennus yhdessä tai erikseen, sekä erilaiset dissosiativiset häiriöt. Oireet ovat monimuotoisia ja kompleksisia. Oireiden vaikeusaste vaihtelee myös tyypillisesti kerrasta toiseen. Oireisiin vaikuttavat hyvin monet tekijät, joista osa on ulkoisia, jotka liittyvät mm. kotimaan tilanteeseen, osa sisäisiä ja osa terapiaprosessiin liittyviä. (Kira 2001) (Basoglu Metin 1992)

Traumaperäinen stressireaktio esiintyi harvoin täysin puhtaana ja oireyhtymää voisi laajemmin kuvailla ”kidutusoireyhtymänä” Usein kaksoisdiagnoosina oli mielialahäiriö ja vaikeimmin traumatisoituneilla potilailla todetaan myös selkeä persoonallisuuden muutos. Psykoottisesti häiriintyneitä potilaita on noin sadan potilaan joukossa 10-15 prosenttiin. Muita psykiatrisia diagnooseja ovat erilaiset muut ahdistushäiriöt, seksuaaliset toimintahäiriöt, sekä monimuotoiset psykosomaattiset oiretilat. Eräässä tuoreessa tutkimuksessa PTSD todettiin 69-92 prosentilla potilaista kaikissa sen kaikissa eri ryhmissä. Tutkimus osoitti merkitseviä eroja eri lähtömaiden, käytettyjen eri kidutusmenetelmien ja kidutuksesta aiheutuneiden vammojen ja haittojen kesken, mitkä on syytä ottaa huomioon uhreja arvioitaessa ja tutkittaessa. (Moisander & Edston 2003)

Hoidon alussa lähes kaikki potilaat kärsivät somaattisista oireista kuten päänsärystä ja vatsakivuista ja usean eri elinjärjestelmän kiputiloista. Pelihimoinen on myös kohtalaisen tavallinen. Päihderiippuvuutta esiintyy vähän, vaikka sitä tällä potilasryhmällä on raportoitu varsin runsaasti tietyissä maissa. Psykiatristen ongelmien lisäksi suurella osalla potilaista on fyysisiin vammoihin liittyviä kroonisia kiputiloja ja heillä on usein tuki- ja liikuntaelimestön alueella selkeitä liikuntavajeita, jopa invaliditeettia. Myös erilaisia neurologisia oireita on runsaasti.

”Tavallisella” kidutuksen uhrilla on usein useamman elinjärjestelmän oireita, mikä vaikuttaa olennaisesti myös hoitoon vaatimalla usein usean eri erikoisalojen lääkäreiden välistä yhteistyötä. Kidutuksen uhreilla ja muulla pakolaisväestöllä itsemurhat ovat harvinaisia, sen sijaan itsemurha- ja kuoleman ajatukset ovat varsin tavallisia. Vaikeissakin psyykkisissä häiriöissä sairaalahoitoihin joudutaan kuitenkin yllättävän harvoin. Kokemuksen mukaan lyhyet kriisiluonteiset hoitojaksot sinänsä eivät aina muuta perustilannetta, mutta antavat kaikille osapuolille hengähdystauon ja usein ollaankin samassa tilanteessa heti hoidon jälkeen kun oltiin lähettämisvaiheessa. Hengähdystauot ovat tärkeitä kaikille niin potilaalle kuin terapeuteille. Pidemmät sairaalahoitojaksot näyttävät pääsääntöisesti tuovan pysyvemmän hoitotuloksen. Sairalahoidot kidutuksen uhrien ollessa kyseessä onkin tarkoin harkittava ja punnittava, koska sairaalaolosuhteet muistuttavat suuresti myös vankeuden olosuhteita. Potilaiden tila voi jopa pahentua sairaalassa. Potilaat, jotka ovat olleet sairaalahoidossa ja joilla ei ole lähiomaisia tai omaisverkostoa kokevat jäävänsä täysin yksin ja hylätyksi aivan kuin kidutuksenkin yhteydessä.

Viive hoitoon tuloon on usein pitkä. Usein alkuperäisestä tapahtumasta on kulunut vuosia, jopa vuosikymmeniä. Suomeen saapumisen jälkeen uhrin tulevat keskimäärin hoidon piiriin noin vuosi-pari maahantulon jälkeen. Kiintiöpakolaisilla tai maahan muista syistä tulleilla pakolaisilla hoitoon tulo voi kestää vielä kauemmin. Tähän vaikuttavat monet syyt. Yleensä potilaat ovat jo hoitoon tullessaan kroonisesti ahdistuneita ja myös kroonisia kipupotilaita. Monen potilaan persoonallisuus on pysyvästi muuttunut lukuisten traumojen seurauksena.

### **Turvapaikanhakijana oleva kidutuksen uhri**

Turvapaikanhaku on kidutuksen uhrilla traumatisoiva prosessi, joka säännönmukaisesti aiheuttaa uudelleen traumatisoitumista, mitä voi pitää maahanmuuttojärjestelmän aiheuttamana sekundaaritraumana, joka käytännössä näkyy ja tulee esiin erityyppisinä ahdistus- ja masennusoireina ja erityisesti toimintakyvyn laskuna ja yleisenä passiivisuutena ja voimattomuutena olematta aina kuitenkaan selkeästi syvää masennusta.

Kuntoutuskeskukseen saapuvista uusista potilaista suurimpana ryhmänä ovat juuri turvapaikanhakijat, joita oli yli puolet % vuosia 2003 - 2004 hoitoon tulleista potilaista. He tulivat pääsääntöisesti kahdesta syystä hoitoon. Ensinnäkin pitkä hakemusten käsittely odottaminen uudelleen traumatisoi heitä. Kidutuksen uhrit, jotka ovat turvapaikanhakijoita kärsivät pitkästä odottamisesta. Heille näyttää kehittyvän odotusaikana aivan uudentyypinen oireilu, joka liittyy selkeästi ulkoiseen, stressaavaan tilanteeseen. Heillä säännönmukaisesti puolen vuoden viimeistään vuoden odottamisen jälkeen psyykkinen vointi heikkenee, jännitys ja ahdistus lisääntyy. Toimintakyky heikkenee, heistä tulee passiivisia, he taantuvat ja ovat avuttomia ja kykenemättömiä hoitamaan omia asioitaan. Myös univalverytmi kääntyy pääläelleen. Ilman lääkitystä osalle tulee ”horrostilamaisia” jopa ”minipsykooseiksi” kutsuttavia episodeja. Toivottomuus, passiivisuus, itsemurha-ajatukset, voimattomuus, avuttomuus ja kyvyttömyys hallitsevat arkielämää. Osalla potilaista ”umpeen kurottu haava repeää auki” ja muistot kidutuksesta alkavat elää aktiivisesti mielessä ja erityisesti painajaisunissa. Herätessään potilaat eivät usein tiedä ovatko kotimaassa vai uudessa maassa. Ilmiö toistuu säännönmukaisesti ja se on selkeästi yhteydessä turvapaikanhakuun ja epäinhimillisen pitkiin odotusajoihin. Kyseessä ei ole enää pelkästään ”kidutusoireyhtymä”, vaan voidaan puhua ”turvapaikkaoireyhtymästä”, joka liittyy ”kidutusoireyhtymään”. Tilanne korjaantuu usein tilapäisesti varsin nopeasti oleskelulupapäätöksen jälkeen.

Oireiden helpottuminen on usein vain tilapäistä. Pelkkä päätöksen saaminen kuitenkin auttaa toivon syttymisessä ja usein johtaa voimaantumiseen ja toiminnalliseen aktivoitumiseen ja vastuun ottamiseen omasta elämästään. ”Negatiivinen päätös” johtaa vastaavasti monella syvään lamaan ja toivottomuuteen ja käytännössä uuteen pitkään odottamiseen, jollei pikainen käännähtäminen uhkaa. Toisilla taas se antaa alkusysäyksen uuteen kamppailuun ja taisteluun omasta olemassaolosta.

Turvapaikkaa hakevalla kidutuksen uhrilla on usein syynä hoitoon hakeutumisen tai hoitoon toimittamiseen selkeästi myös lääkärinlausunnon tarve. Turvapaikanhakijat tarvitsevat terveydentilastaan usein turvapaikkahakemuksen liitteeksi ja kertomuksensa vahvistamiseksi lääkärinlausunnon. Kyseessä ei ole mikään tavallinen lausunto vaan itse asiassa vaativa oikeuspsykiatrinen lausunto vastaava lausunto, jossa otetaan kantaa potilaan mahdollisten kidutuskokemusten todenperäisyyteen. Tämä tehdään psyykkisten ja fyysisten oireiden perusteella mitä todetaan ja mitä hän kuvaa itselleen tapahtuneen. Lausunnot ovat vaikeita, vaativia ja aikaa vieviä. Prosessit ovat usein pitkiä, hakijoilla itsellään ei välttämättä ole juurikaan tietoa tai hahmotusta omasta tilanteestaan, tai mitä ylipäätään on tapahtumassa. Epätietoisuus ja epävarmuus aiheuttavat usein voimakasta ahdistusta, mikä taas kerran nostaa esiin ne tilanteet, jolloin hän on joutunut kohtaamaan kiduttajansa tai läheisensä, ystävän tai toverinsa kuoleman. Epätoivo nostaa usein esiin kuoleman ajatukset, sekä itsemurha- että kostonhimoiset murha-ajatukset. Tässä tilanteessa he ovat erityisen vaativia ja vaikeita potilaita, jotka muistuttavat hetkellisesti suomalaisia vaikeasti persoonallisuushäiriöisiä potilaita olematta sitä kuitenkaan peruspersoonassaan.

Intensiivisessä hoidossa olevat turvapaikanhakijat, jotka ovat saaneet hoidon aikana oleskeluluvan jäävät usein hoidon piiriin. Kato on pientä, mikä viittaa siihen, että syyt hoidossa oloon ovat muita kuin pelkkä lausunnon tarve.

Kuntoutumisessa kiinnittyy huomio niihin turvapaikanhakjoihin, jotka ovat olleet pitkiä aikoja paossa useassa eri maassa ennen Suomeen tuloa, tai ovat olleet pitkissä turvapaikanhakuprosesseissa useassa eri maassa. Heillä toipuminen on selkeästi huonompaa ja suuri osa potilasta näyttää jäävän integroitumatta, kieltä ei opita ja suuri osa joutuu eläke yms. järjestelyjen piiriin. Myös heidän oireensa ovat vaikeampia.

### **Istanbul-protokolla**

Lääkärinlausunnoissa käytetään niin kutsutun Istanbul-protokollan ohjeistusta, joka on Yhdistyneiden kansakuntien YK:n vuonna 1999 hyväksymä virallinen asiakirja. Protokolla tarjoaa mm. laaja-alaiset ja huolelliset arviointi ja muut ohjeet, mitä tulee ottaa huomioon lääkärinlausunnossa, kun tutkitaan kidutuksen uhria tai epäillään kidutusta tai muuta epäinhimillistä kohtelua. Ohjeistus antaa sisällöllisesti ja muodolliset ohjeet, miten lausunto tulisi tehdä, ja mitä eri tekijöitä tulisi ottaa huomioon kun tehdään lausunnon lopuksi johtopäätöksiä. Kidutettujen kuntoutuskeskus on tehnyt lausuntoja Istanbul-protokollan mukaisesti, systemaattisesti jo vuodesta 2000 alkaen, mikä on varsin pian ohjeistuksen valmistumisen jälkeen. Ohjeistuksen käyttö muualla Suomessa on sattumanvaraista, mikä liittyy tiedon ja koulutuksen puutteeseen. Käytäntö on osoittanut, että huolellisesti tehdyllä lausunnolla on selkeästi positiivinen merkitys turvapaikanhakuprosessissa. Erityisesti tämä koskee niitä tapauksia, joissa potilas on joutunut psykologisen tai muun fyysisiä vammoja jättämättömän kidutuksen uhriksi. Kokemuksemme mukaan lääkärinlausunnot otetaan nykyisin aiempaa paremmin huomioon eri viranomaismenettelyssä, mutta edelleenkin yksittäistapauksissa esiintyy uskottavuus ongelmia. Lausuntojen kannanottoihin ei aina luoteta. Viitisen vuotta sitten tilanne oli aivan toinen. Tuolloin jopa kidutuksen olemassaolo ja esimerkiksi traumaperäisen stressireaktio diagnoosina kyseenalaistettiin viranomaiskäsittelyissä.

Kansallisena ongelmana on, että turvapaikanhakijat joutuvat lääkärinlausuntojen suhteen hyvin eriarvoiseen asemaan sen mukaan, missä päin he sattuvat asumaan laajaa maatamme ja myös sen mukaan tulevatko he hoidon piiriin. Tässä suhteessa eriarvoisuus on lisääntynyt maan eri osien välillä. Kidutettujen kuntoutuskeskukseen saapuu vain muutama prosentti maamme turvapaikanhakijoista. Lausunnon teko-ohjeistusta on koulutettu lääkärikunnalle ja lakimiehille, mutta koulutus ei ole toistaiseksi ollut riittävän kattavaa ja riittävää, eikä se ole tavoittanut kuin pienen, murto-osan lääkärikunnasta. Koulutusta on pyritty saamaan osaksi lääkäreiden peruskoulutusta. Tarve ohjeistuksen kääntämiselle suomenkielille on selkeästi olemassa. Tämä koskee sen niin juridista osuutta kuin medisiinistä osuutta.

### **Hoitoon pääsy ja jatkohoito ongelmana**

Kidutettujen kuntoutuskeskuksesta käsin katsottuna ongelmana on potilaiden hoitoon pääsy. Tietoa hoitomahdollisuudesta ei ole vielä kukaan riittävästi. Hoitoon pääsy on vaikeaa ja riippuu hyvin paljon lähettävän tahon pakolaisuuteen ja kidutukseen liittyvistä tiedoista ja tietoisuudesta hoitopaikan olemassaolosta. Raha tulee usein mukaan päätöksentekoon, lähettävä taho huolehtii matka- ja tulkkikustannuksista. Sinänsä pienet tulkki- ja matkakus-

tannukset nousevat usein hoidon esteeksi. Etenkin tulkkikustannuksista ja tulkin korvaamisesta joudutaan käymään jatkuvia keskusteluja lähettävän tahon kanssa. Tulkkipalveluista ei haluttaisi maksaa ja kokeneita mielenterveystulkkauksen taitavia tulkkveja ei aina voi käyttää heidän ”kalleutensa” takia. Traumatisoituneet pakolaiset oppivat usein erittäin hitaasti suomen kieltä ja he tahtovat jäädä tukitoimien ulkopuolelle. Muistettava on, että kuntoutuskeskuksen tarjoama hoito on ilmaista potilaille ja lähettäville tahoille.

Turvapaikanhakijat ohjautuvat hyvin vaihtelevasti hoidon piiriin. Alueelliset erot ovat suuria. Tosiasiassa vain murto-osa kidutuksesta kokeneista turvapaikanhakijoista pääsee arvioinnin ja hoidon piiriin. Järkevää olisi, että heillä olisi lähellä omaa vastaanottokeskusta hoitopaikka. Ulkopuolelle jäävät myös monet, jotka eivät usko tai koe keskustelujen ja hoitojen auttavan. Myös jos lähettävä taho ei ole riittävän aktiivinen hoitoon motivoinnissa potilas jää usein myös tulematta ja suunniteltu hoito ei toteudu ajoissa. Potilaiden omat pelot leimaantumisesta, eli stigma ja selkeästi tiedon puute käytetyistä hoitomenetelmistä ovat myös olleet hoitoon hakeutumisen esteinä. ”Minä en usko että puhuminen auttaa” on tavallisin vastaus. ”Olen puhunut nämä asiat jo ainakin kymmeneen kertaan, enkä ole huomannut sen juurikaan auttavan” Konsultaatiokäytännöissä on ollut puutteita ja potilaiden jatkohoidon järjestäminen onnistuu huonosti jos potilasta siirretään kuntoutuskeskuksesta psykiatrisen avohoidon piiriin. Sen sijaan hoidon siirrot perusterveydenhuoltoon onnistuvat huomattavasti paremmin.

Kidutettujen kuntoutuskeskuksen suurimpana toiminnallisena esteenä on ollut resurssien niukkuus. Kuntoutuskeskus ei ole pystynyt ottamaan riittävän laaja-alaista, kokonaisvaltaista ja monipuolista hoitomallia käyttöön. Perheenjäsenet, erityisesti lapset ja nuoret jäävät pääsääntöisesti hoitojen ulkopuolelle. Myöskään potilaille ei ole kyetty tekemään riittävän monipuolisia sosiaalisia kartoituksia.

Niukat henkilöstöresurssit ja reservin puuttuminen altistavat myös työntekijöitä. loppuun palamiselle ja myötätuntuupumukselle. Toiminnan alusta alkaen erityistä huomiota on kiinnitetty työnohjaukseen ja henkilöstövalintoihin. Nykyisin kaikki klinistä työtä tekevät työntekijät käyvät työnohjauksessa yksikön ulkopuolella työnantajan kustannuksella. Järjestely on poikkeuksellinen, mutta se on nähty tarpeellisenä, koska kyseessä on erityisen vaikea potilasryhmä. Mahdollisuus yksikön ulkoiseen työnohjaukseen on kahdesti kuukaudessa. Lisäksi koko työryhmä saa työnohjausta kahden viikon välein puolitoista tuntia kerrallaan. Työnohjaukseen ja myös koulutukseen (saatuun koulutukseen) panostaminen on selkeä linjaus, jonka tarkoitus on tukea työssä jaksamista.

Kidutuksen uhrien hoito on henkilökunnalla rankkaa ja rasittavaa. Uhrin ovat varsin vaativia hoidoissa ja heidän hoitamisen edellyttää työntekijöiltä erityisen hyvää koulutusta, taitoa ja kykyä kohdata traumoja, kykyä tehdä joustavaa työtä ja laajemmin kuin perinteisessä diagnostisessa mielessä ymmärtää pakolaisuuteen liittyviä terveysvaikutuksia ja tuntea myös taustalla olevat kotoutumis- ja turvapaikkaprosessit. Pakolaisväestön parissa työskentely vaatii erilaisen otteen kuin kantaväestön kanssa tapahtuva työnteko. Pelkästään jo vastaanottotilanne yhdessä tulkin kanssa on jo sinänsä haaste.

### 9.3 Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö YTHS

Johtajapsykiatri Kari Pylkkäsen haastattelussa hän tuo esiin, että ulkomaalaisia opiskelijoita käy hoidossa, mutta heidän lukumääränsä ei ole kovin suuri. Varsinaisia tilastoja ja tarkkoja lukuja ei ole YTHS käytössä. Opiskelijat osaavat usein englantia, tulkkveja ei käytetä. Opiskelijoilla on usein hyvä toisen kielen taito ja työryhmästä löytyy mm. tarvittaessa ve-

näjäntoimintataitoisia terapeutteja. Hoidolla on hyvä kattavuus ja hoitoon pääsyssäkään ei pitäisi olla ongelmia. Ulkomaalaisten opiskelijoiden ongelmat ovat erityyppisiä, mutta heillä ei ole olennaisia eroja verrattaessa suomalaisiin opiskelijoihin.

Ulkomaalaistaustaisten opiskelijoiden mahdollisia erityistarpeita ei ole Kari Pylkkäsen mukaan toistaiseksi ollut, tai sitä ei ole tähän mennessä tiedostettu. Tämän vuoksi ei ole ollut tarvetta myöskään kehittää erillistä tietosysteemiä.

Koska lukuja ei ole käytössä, ei voi arvioida mikä osa opiskelijoista on pakolaistaustaisia, mikä osa on paluumuuttajia ja kuinka paljon on Suomessa opiskelevia ulkomaalaisia.

Yliopistossa opiskelevat ulkomaalaiset opiskelijat vaikuttavat olevan selkeästi oma erityisryhmänsä.

## 9.4 Kuntoutussäätiö

Kuntoutussäätiössä maahanmuuttajatyö on verrattain uusi, mutta nopeasti kehittyvä sektori. Kuntoutussäätiön moniammatillisessa työryhmässä työskentelevät lääkäri, sosiaalityöntekijä, psykologi, työkoeluohjaaja, sairaanhoitaja ja kuntoutusluotsi. Lisäresursseina on tarvittaessa kaksi suomen kielen opettajaa. Tavoitteena on kehittää asiakkaiden tarpeisiin soveltuva kuntoutusluotsauksen toimintamalli, jossa tuetaan maahanmuuttajien elämänhallintaa ja parannetaan heidän työllistymismahdollisuuksiaan.

Kuntoutusluotsi tapaa asiakkaita tarvittaessa heidän tutussa ympäristössään kuten kotona ja kahviloissa. Kuntoutusluotsi ohjaa asiakkaitaan fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin ja työkuuntoon liittyvissä kysymyksissä. Pitkäkestoisella ohjauksella ja henkilökohtaisella tuella varmistetaan, että maahanmuuttaja pääsee kiinni suomalaiseen työelämään. Jokaisella maahanmuuttajalla on mahdollisuus osallistua oman kuntoutusreitinsä valintaan. Kuntoutusluotsi on osoittautunut arvokkaaksi työskentelymenetelmäksi, koska maahanmuuttajilla on hyvin vaikea hahmottaa organisaatioita ja erityisesti suomalaisen palvelujärjestelmän käyttö on vaikeaa.

Seuraavassa esitellään Kuntoutussäätiön lääkäri Hannu Turusen tätä selvitystä varten keräämää tilastotietoa, mikä liittyy kuntoutussäätiön maahanmuuttajatyöryhmän asiakkaisiin ja heillä havaittuihin mielenterveysongelmiin.

Kuntoutussäätiölle lähetetyt asiakkaat tulivat pääosin kuntoutustutkimukseen (25), kuntoutustarveselvitykseen (2) ja työkykyarviotutkimukseen (2).

Kuntoutussäätiön maahanmuuttajatyöryhmällä on ollut asiakkaita ajalla 10/2002 - 2/2004 yhteensä 29, joista naisia oli 12 ja miehiä 17. Ikäjakauma on ollut seuraavanlainen: miehet 18 - 57 v, (mean 41.9 vuotta). Vastaavasti naiset 31 - 58 v, (mean 43.1 vuotta).

Asiakkaiden lähettäjätahoina ovat toimineet mm. seuraavat tahot: Majakka -projekti kymmenen, KELA kuusi, Työvoimahallinto neljä, YPPI -palvelut kuusi (6), työterveyshuolto yksi, Eläkesäätiö yksi ja sosiaalitoimi yksi.

Tutkimuksen aikana asetettiin reilusti yli puolelle asiakkaista jokin psykiatrinen diagnoosi (68.9 %).



Diagnoosijakaumassa yleisin oli jonkinasteinen masennustila (41.4 %), joka jakautui seuraavasti:

- |                                 |                 |       |
|---------------------------------|-----------------|-------|
| 1. Vaikea-asteinen masennustila | F32.2 tai F33.2 | (N 4) |
| 2. Keskivaikea masennustila     | F32.1 / 33.1    | (N 6) |
| 3. Määrittämätön masennustila   | F32.9           | (N 2) |

Ahdistuneisuushäiriöitä, tai sekamuotoisia ahdistuneisuus- ja masennushäiriöitä todettiin kuudella asiakkaalla (6/29), joista neljä oli yhdistyneenä jonkinasteiseen depression ja kaksi oli sekamuotoisia ahdistus- ja masennustiloja.

Somatiformisia häiriöitä (F45.x) todettiin neljällä asiakkaalla, joista kolmen oireet olivat yhdistyneenä vaikea-asteiseen masennukseen.

Lisäksi yksittäisiä diagnooseja seuraavasti: Yksi PTSD, F43.1, päihderiippuvuusdiagnooseja oli kaksi (1 F10, 1 F12), yksi reisisiduaaliskitsofrenia F20.5, 1 lievä kognitiivinen toiminnanhäiriö F06.7. Yksi psyykkisen kehityksen häiriö F89, ja yksi määrittämätön samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö F92.9.

Asiakkaita ohjattiin tutkimuksen jälkeen jatkohoitoon psykiatrian poliklinikalle tai mielen-terveystoimistoon neljatoista, eli noin puolet kaikista tutkimuksissa olleista asiakkaista (48.3 %).

Ykkösdiaagnoosina asiakkailla oli n 60 %:lla F-ryhmän diagnoosi. Määräaikaisia työkyvyttömyyksiä todettiin yhdellätoista, eli 37.8 %.

Selontekoon pyydettiin Kuntoutussäätiön maahanmuuttajatyöryhmän psykologin Leena Maneliuksen ajatelmia:

1. ”Yhteisen kielen puuttuminen vaikeuttaa asiakkaan sisäiseen maailmaan ja tunnetiloihin tutustumista. Tulkki voi ”pilata” kontaktin intiimin luonteen. Asiakas ei aina uskalla puhua tulkin kuullen avoimesti.
2. Kaikissa kulttuureissa ei psyykkisistä asioista ole totuttu puhumaan, esim. masennuksen puuttuminen entisestä Neuvostoliitosta. Miten keskustella asiakkaan kanssa asioista, joihin hänellä ei ole käsitteitä?
3. Masennuksen tunnistamisen vaikeus, masennus piiloutuu helposti somaattiseen oirehdintaan ja kipuihuun. Masennusta ilmennetään somaattisin käsittein. Toinen ongelma on surun ja murheen ylidiaгноsoiminen masennukseksi, pillerin tarjoaminen suruun harvoin auttaa.
4. ”Persoonallisuudenpiirteiden” ja ”kulttuurille ominaisten” käyttäytymistapojen tulkitseminen persoonallisuuden patologiaksi, esim. epäluuloisuus ja varauksellisuus ovat luonnollisia käyttäytymistapoja arviointitilanteissa.
5. Miten ”oikeat” persoonallisuushäiriöt ilmenevät maahanmuuttaja-asiakkailla? Diagnostiikassa ei voi käyttää apuna projektiivisia testejä tai persoonallisuustestejä niiden kulttuurisidonnaisuuden vuoksi.
6. Miten pitkään maahanmuuttajan parissa työskentelevät ovat valmiit hyväksymään ”kulttuuriin kuuluvaksi” tai maahanmuuttoon liittyväksi selvän psyykkisen sairauden merkit?
7. ...ja miten alttius psyykkiseen patologiaan on löydettävissä ilman persoonallisuus/projektiivisia testejä?

8. Maahanmuuttajan pelko hulluksi leimautumisesta on usein voimakkaampi kuin kotosuomalaisten, koska ns. kevyt psykiatria on monessa maassa tuntematon käsite. Hoitoon ja kuntoutukseen ohjaaminen on tämän vuoksi vaikeaa.
9. Milloin ja miten asiakas jätetään rauhaan oman mielensä kanssa? Milloin "tonkiminen" on liikaa?

”Vaikka A. Rauta sanoikin eräässä koulutuksessa kaikkien tai suurimman osan maahanmuuttajista olevan kykeneviä "puheterapiaan", on joidenkin kulttuurien edustajia, jotka eivät ole tottuneet länsimaiseen tapaan käsitellä ongelmiaan keskusteluterapiassa. Perinteisten psykoterapioiden ohelle olisi syytä kehittää toiminta- ja keskusteluterapian yhdistelmiä, ja erilaisia toiminnallisia vertaisryhmiä. Koko perheen mukana olo terapiassa voisi myös parantaa hoidon tehokkuutta.”

Luotsauksen avulla hoitoon hakeutumisen kynnystä voi madaltaa, luotsi voi auttaa sopivan hoitotavan löytämisessä sekä tukea asiakasta hoitoon sitoutumisessa.

Maahanmuuttajapsykiatreja ja -psykologeja tarvitaan lisää!

### *9.5 Suomen Mielenterveysseura Kriisikeskus Osviitta Tampere ja Kriko –projekti (Kriisistä kotoutumiseen –Lapsilähtöinen maahanmuuttajatyöprojekti vuosille 2003 - 2005)*

Selontekoa varten pyydettiin erikseen Kriisikeskus Osviitan ja Kriko -projektin toiminnasta kuvausta ja vuoden 2003 käyntilukuja

”Kyllähän ongelmana on nimenomaan asianmukaisen hoidon saatavuus, yhteistyö eri organisaatioiden välillä ja palveluohjaus, puhumattakaan ongelmien varhaisesta tunnistamisesta.” Tiina Räsänen.

#### **Maahanmuuttajatyö Osviitassa**

Osviitan tekemä maahanmuuttajatyö on osa Tampereen seudun maahanmuuttajatyön palvelukokonaisuutta ja mielenterveystyön mallittamista. Kohderyhmänä ovat pääasiassa maahanmuuttajataustaiset aikuiset henkilöt ja projektissa alle 18-vuotiaat lapset ja nuoret ja heidän vanhempansa, joilla on mielenterveyteen liittyviä ongelmia tai traumaattisia kokemuksia. Asiakastyön toimintamuotoja ovat yksilötapaamiset (alkukartoitus), perhetapaamiset, ryhmät sekä tukihenkilötoiminta. Tarvittaessa voidaan järjestää myös terapiaa. Asiakkaat ohjautuvat Osviittaan eri yhteistyötahojen kautta tai hakeutuvat itse Osviittaan.

#### **Osviitan käyntilukuja**

Toimintavuonna 2003 Osviitassa oli 7587 asiakaskontaktia, joista 1262 maahanmuuttajakontaktia. Luku koostuu yksilö- ja ryhmätapaamisista. Maahanmuuttajanaisten osuus yhteydenotoista oli 65 % ja miesten 35 %.

Kriko -projekti aloitti 1.6.2003 ja asiakastyö käynnistyi pienimuotoisena syksyn 2003 aikana. Asiakkuudessa oli toimintavuonna 9 perhettä, joissa oli yhteensä 15 lasta/nuorta ja 13 vanhempaa. Välillisesti tavattiin myös muita perheen lapsia ja nuoria. Osa perheistä oli pakolaistaustaisia ja osa muita maahanmuuttajia. Suurin osa asiakkaista ohjautui asiakkuuteen yhteistyötahojen lähettämänä.

Toimintavuonna 2004 työ päättyi seitsemän (7) perheen kohdalla ja nyt työskennellään 11 perheen kanssa (perheissä 38 lasta ja heidän vanhempansa). Lisäksi on toteutettu kolme nuorten ryhmää (10 nuorta) ja äitiryhmä (kolme äitiä). Perhekouluissa on tavoitettu 20 – 50 maahanmuuttajaa kerrallaan.

### **Osviitan maahanmuuttajatyö Kriisityössä ja Krikossa vuonna 2005**

(Kriko =kriisistä kotoutumiseen –Lapsilähtöinen maahanmuuttajatyöprojekti vuosille 2003 - 2005)

Osviitan maahanmuuttajatyötiimiin kuuluvat maahanmuuttajatyön kriisityöntekijä sekä Kriisistä kotoutumiseen -projektin koordinaattori ja projektityöntekijä. Osviitta on matalan kynnyksen paikka johon ei tarvita erillistä lähetettä, palvelu on maksutonta. Kriko –projektin kohderyhmä maahanmuuttajalapset, -nuoret ja heidän perheensä ovat uusi kohderyhmä Osviitan maahanmuuttajatyössä. Tavoitteena on saada asiakkaat tietoisiksi Osviitasta ja madaltaa kynnystä kriisikeskukseen tulemiselle. Asiakastyössä korostuu perheen kokonaisvaltainen kohtaaminen, johon kuuluu perheen mielenterveyteen liittyvien asioiden selvittelyä, neuvontaa ja palveluohjausta sekä tarvittaessa terapiaa.

Osviitan maahanmuuttajatyö on osa palvelukokonaisuutta, joka tukee ja täydentää perus- ja erityispalvelujen tekemää ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä. Tavoitteena on nähdä Osviitan maahanmuuttajatyö tasavertaisena toimijana palvelujärjestelmässä. Tämä edellyttää yhteistyön tiivistämistä Osviitan maahanmuuttajatyön ja Kriko–projektin välillä. Tampereen kaupungin mielenterveyspalvelujen kehittämisohjelmassa ”Ammattitaidolla silta tulevaan silta parempaan” vuosille 2002 - 2012 painotetaan hyvin toimivan kolmannen sektorin merkitystä lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen laadukkuudessa.

### **Kriko -projekti**

#### **Painopistealueet vuodelle 2005**

Projektin keskeisimmät kehitystarpeet kohdistuvat työntekijöiden käyttämiin työmenetelmiin ja -tapoihin, moniammatilliseen verkostotyöhön, koulutukseen, konsultaatioon ja resursseihin. Vuonna 2005 Kriko–projektin tavoitteena on kehittää asiakastyön osalta perhe- ja yksilötyötä, ryhmätoimintaa, perhekouluja ja palveluohjausta. Erityistä huomiota kiinnitetään tukihenkilö- ja vapaaehtoistoiminnan lisäämiseen. Verkottumista ja mielenterveyspalveluiden mallittamista (kehitetään ennaltaehkäisevä työ- ja toimintamuotoja) jatketaan yhdessä yhteistyökumppaneiden kanssa toimintavuoden loppuun saakka. Koulutuksen ja verkostotyön yhtenä tavoitteena on myös siirtää käytäntöön projektissa hyväksi havaittuja työmenetelmiä ja toimintatapoja.

Alkukartoitusmallin kokeilua jatketaan yhteistyössä eri toimijatahojen kanssa ja osana projektin omaa toimintaa. Mahdollisesti tehdään alkukartoituksen pilottikokeilu johonkin Tampereen ympäristökunnista.

Tavoitteena on lisätä yhteiskunnallista keskustelua maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvissä asioissa.

Tavoitteena on tuoda myös näkyväksi maahanmuuttajien erityistarpeet ja lisätä työntekijöiden valmiuksia kohdata maahanmuuttajien tarpeita: tähän kuuluu ongelmien varhainen

tunnistaminen, toteaminen, ehkäisy ja varhainen puuttuminen, hoito- ja tukitoimet, sekä palveluohjaus.

## 9.6 Väestöliiton Kotipuu –monikulttuurista psykososiaalista perhetyötä

Kunnallisen palvelujärjestelmän ulkopuolella on käynnistynyt viime vuosina eri puolella Suomea useita maahanmuuttajille suunnattuja matalan kynnyksen projekteja. Esimerkiksi syksyllä 2003 on käynnistynyt Yhteiset lapsemme - All Our Children Ry:n perustama Monikulttuurinen psykososiaalipedagoginen keskus, jonka tarkoituksena on auttaa venäjänkielisiä lapsiperheitä ja kehittää uusia perhetyön menetelmiä sekä psykologisia ja psykoterapeuttisia avohoidon palveluita. Muita vastaavia ovat Suomen Pakolaisavun Tukena –projekti Helsingissä ja Tampereella Osviitta matalankynnyksen kriisityössä ja sen sisällä Kriko–projekti, joka on lapsilähtöinen maahanmuuttajatyöprojekti vuosille 2003 - 2005. Kriko–projektin tavoitteena on kehittää asiakastyön osalta perhe- ja yksilötyötä, ryhmätoimintaa, perhekouluja ja palveluohjausta. Erityinen huomio on tukihenkilö- ja vapaaehtoistoiminnan lisäämisessä.

Syksyllä 2003 aloitti myös Väestöliiton Kotipuu-projekti, joka seuraavassa esimerkkinä uudesta toimintamuodosta. Tämä on julkisen palvelujärjestelmän ulkopuolista toimintaa ja se sijoittuu hyvin lähelle "ruohonjuuritasoa". Tulevaisuus näyttää, miten tämä toiminta vakiinnuttaa asemansa ja paikkansa. Kuitenkin on selvää että julkinen palvelujärjestelmä ei pysty tarjoamaan tämäläyppisiä palveluja Väestöliiton KOTIPUUTA voi pitää rohkeana avauksena.

Anne Alitolppa-Niitamo on koonnut seuraavassa yhteen:

VÄESTÖLIITON KOTIPUU edistää maahanmuuttajien kotoutumista luomalla ja kehittämällä toimintoja, jotka tukevat maahanmuuttajaperheiden psyko-sosiaalista hyvinvointia ja elämänlaatua erityisesti ihmissuhteiden, perhe-elämän ja kasvatuskysymysten alueella. Toiminnan lähtökohtana on tieto, että maahanmuutto ja uuteen sosiokulttuuriseen ympäristöön sopeutuminen on haaste sekä yksilön että perheen kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille. Maahanmuuton yhteydessä sosiaalinen verkosto muuttuu ja mukana muuttaneen perheen merkitys nousee yksilölle entistäkin tärkeämmäksi. Uuteen kulttuuriin sopeutuminen muuttaa kuitenkin perheen sisäistä dynamiikkaa voimakkaasti ja saattaa aiheuttaa perheenjäsenten välisiä konflikteja ja jopa väkivaltaista käyttäytymistä. Perhedynamiikan haasteisiin liittyy usein perheen sisäisten roolien nopea muuttuminen, akkulturaatioprosessin eritahtisuus sukupolvien ja sukupuolien välillä ja lapsiin kohdistuvat ristiriitaiset odotukset. Myös maahanmuuttajavanhempien vanhemmuus uudessa ympäristössä on usein koetuksella. Nämä ilmiöt on tunnistettu jo pitkään kansainvälisissä tutkimuksissa. Vaikka perhe on usein maahanmuuttajan tärkein sosiaalisen pääoman resurssi, on perhenäkökulma suomalaisessa kotouttamisessa jäänyt huomioimatta.

Maahanmuuttajataustaisista henkilöistä noin 30 % on alle 20-vuotiaita. Maahanmuuttajaperheiden toimivuus, roolien selkeys ja yleinen psyko-sosiaalinen hyvinvointi nähdään Kotipuussa erityisen tärkeinä etenkin tämän lukumääräisesti nopeasti kasvavan maahanmuuttajien toisen sukupolven kannalta.

Kotipuun toiminnan tarkoituksena ei ole toimia erillispalveluyksikkönä, vaan kehittää monikulttuurisuuden näkökulmaa olemassa olevissa julkisissa palveluissa. Tästä syystä toiminnan painopiste on sosiaali-, terveys- ja opetusalan henkilöstön valmiuksien kehittämisessä. Tämä toiminta perustuu Kotipuun tukitoiminnoista saatuun tietoon ja kokemukseen.

Tukitoimintoja ovat maahanmuuttajaperheille tarjottu psyko-sosiaalista hyvinvointia tukeva asiakastyö, siihen liittyvä kehitystyö ja alan tutkimuksen seuranta.

Kotipuun toiminnan kautta pyritään asiakaslähtöisten toimintamallien ja osaamisen jatkuvan kehittämiseen ja niiden siirtämiseen ns. normaalipalvelujen toimijoille. Kotipuun työ on 'välittävää' toimintaa, joka tavoitteena on tarjota siltä maahanmuuttajien ja normaalien palvelujen välille. Tukitoimintojensa avulla Kotipuu seuraa perheiden psyko-sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviä tarpeita ja poistaa esteitä maahanmuuttajien ja julkisen sektorin väliltä muun muassa ohjaamalla maahanmuuttajia normaalipalvelujen käyttäjäksi ja lisäämällä julkisen sektorin valmiuksia maahanmuuttajaperheiden erityistarpeiden kohtaamiseen. Tällainen välittävä toiminta on erityisen tärkeää tietyillä "harmailla alueilla", esimerkiksi yksilön tietyssä kotoutumisprosessin vaiheessa tai yhteiskunnallisessa siirtymävaiheessa syrjäytymisen ehkäisemiseksi.

Kotipuun sosiaali-, terveys- ja opetusalan ammattiyhteisöihin kohdennettuja toimintoja ovat seminaarien ja koulutustilaisuuksien järjestäminen, parityöskentelymahdollisuuden tarjoaminen, konsultaatio ja työnohjaus asiakastyössä sekä tiedotusmateriaalin ja ammattilehdissä julkaistujen artikkeleiden tuottaminen aiheeseen liittyen.

Kotipuun maahanmuuttajiin kohdennettuja toimintoja ovat perheneuvonta ja keskusteluapu vastaanotolla ja asuinalueilla sekä puhelin- ja sähköpostineuvonnan kautta (supportiivinen ja ratkaisukeskeinen lähestymistapa). Asiakastapaamisissa tavoitteena on osaamista vahvistava parityöskentely julkisen sektorin työntekijöiden kanssa. Tämän lisäksi järjestetään mm. maahanmuuttajayhdistysten ja muiden järjestöjen kanssa yhteistyössä aiheeseen liittyvää ja maahanmuuttajille suunnattua tiedotusta, alustuksia ja keskusteluryhmiä.

Väestöliiton Kotipuussa työskentelevät projektipäällikön lisäksi venäjän- ja somalinkieliset perhetyöntekijät.

Toiminnan rahoitus saadaan vuosina 2003 - 2005 Raha-automaattiyhdistykseltä ja Uudenmaan liiton maakunnan kehittämisrahasta. Pyrkimyksenä on toiminnan vakiinnuttaminen.

## 10 LOPPUYHTEENVETO

### **Yleistä:**

On yleisesti havaittu ja tunnistettu, että eri kansainväliset ja kansalliset konfliktit, ihmisoikeusrikkomukset ja väestön pakkosiirrot (maansisäisen pakolaisuus ja pako kotimaasta) aiheuttavat selkeästi negatiivisia fyysisiä ja psyykkisiä terveysvaikutuksia miljoonille ihmisille. Tämä on hyvin vakava laajoja väestönosia koskeva terveyteen liittyvä uhka- ja riskitekijä, minkä hoitaminen vaatii lukuisia eri tason toimia. Tarvitaan akuuttitoimia jo kriisialueella, mutta myös niille ihmisille, jotka ovat joutuneet pois kriisialueelta tai ovat sijoitettuna esimerkiksi kiintiöpakolaisina toisiin tai kolmansiin maihin tulisi päästä asianmukaisten psykososiaalisten tukipalvelujen ja tarvittaessa kuntoutuksen piiriin. Erityisen haavoittuvia ovat ne ryhmät, jotka joutuvat suoran fyysisen tai psyykkisen paineen alle. Näihin ryhmiin ei rajoitu tai koske pelkästään kaikkia lapsia, vaan heidän joukossa erityisesti ilman vanhempia olevia, orpoja ja niihin lapsiin, jotka ovat joutuneet vastuuseen perheestään. Erityistä huolta tulee kantaa mielenterveysongelmien vuoksi vajaakuntoisista henkilöistä, kroonisesti mielisairaista, yksin olevista vanhuksista, organisoidun väkivallan uhreista (kidutus ja seksuaalisen väkivalta), pidätetyistä ja vangituista, sekä sotavangeista.

Näiden ryhmien erityistarpeisiin tulee kiinnittää erityistä huomiota niin heidän kotimaissaan, kuin maissa jonne he ”haketuvat/joutuvat” pakolaisuuden tai muiden syiden vuoksi. Naisten asema on erityisen haavoittuva ryhmä, koska he ovat enenevässä määrin suoran vainon kohteena ja ovat usein konkreettisesti vastuussa perheestään muuttuneissa olosuhteissa ilman oman perheen, suvun tai puolison tukea.

WHO on laatinut selkeät suositukset, miten pakolaisten, maansisäisten pakolaisten ja muiden väestöjen, jotka ovat joutuneet konfliktin uhreiksi tai elävät konfliktin jälkeisissä vaikeissa olosuhteissa, tulisi järjestää. (World Health Organization, Geneve 2001) . Suositon, että näitä konsensuksen perusperiaatteita sovelletaan myös kehitettäessä maassamme tämän väestönosan mielenterveysongelmien hoitoa.

### **Esimerkiksi artikla 14 joka koskee lapsia:**

Akuuttivaiheessa pitäisi pyrkiä mahdollisimman varhaiseen perheen yhdistämiseen, yhteyksien saamiseen omaisiin ja läheisiin, auttaa ja tukea sijaisvanhempia tai sijaisperheitä, samoin vertaisryhmien apu tulisi aloittaa välittömästi.

Henkilöstö joka tarjoaa mielenterveyskuntoutusta, koulutus, sosiaalista tukea, kultturaalisia-, urheilu- yms. aktiviteetteja tulisi keskittää tarmonsä seuraaviin seikkoihin:

- Lasten psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin
- Laitostumisen estämiseen
- Ihmisoikeuksien edistämiseen
- Toipumis- ja copingtaitojen aktiiviseen tukemiseen
- Ottaa huomioon niiden perheiden erityistarpeet, joissa lapset ovat perheen päässä
- Estää lapsiin ja nuoriin kohdistuvaa väkivaltaa
- Estää heidän keskuudessaan laittomuudet ja muun epäsosiaalisen käyttäytymisen
- Estää aineiden väärinkäytön
- Estää lapsiin kohdistuvan seksuaalisen väkivallan ja väärinkäytön
- Varmistaa koulunkäyminen

- Varmistaa ettei lapsia karkoteta perheistä
- Estää lapsityövoiman tai muun haitalliseen työhön osallistumisen
- Järjestää kulttuuriin sopivia luovia aktiviteetteja
- Tarjota heille eri yhteyksissä mielenterveyspalveluja ja psykososiaalista tukea
- Pyrkii erilaisiin konfliktien ratkaisumalleihin aktiivisesti

### **Tilanne Suomessa tämän selonteon perusteella:**

Kaikilla Suomessa asuvilla henkilöillä on tai tulisi olla tasavertainen mahdollisuus saada kulttuurisesti sensitiivistä, tasavertaista ja laadukasta hoitoa ja tukea mielenterveysongelmiinsa.

Tämän selonteon perusteella tämä ei tällä hetkellä toteudu Suomessa. Maahanmuuttajilla on monien eri syiden perusteella vaikeuksia saada apua mielenterveysongelmiinsa. Kyseessä on hyvin monitahoinen ongelmakenttä, eikä se pelkästään liity palvelujärjestelmään, tai yhteen yksittäiseen tekijään. Maahanmuuttajia hoidettaessa mielisairauksien laajempi ymmärtäminen on keskeistä.

Tämä selonteko maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tilasta ja saatavuudesta omalta osaltaan vahvistaa aiemmin tehtyjä havaintoja maahanmuuttajaväestön keskuudessa: Yhtenevästi esiin tulee samansuuntaisia huomioita eri asiantuntijoiden taholta. Potilaitten omat kokemukset tukevat myös näitä havaintoja. Haastattelujen pohjalta kertyneet havainnot ovat keskenään yllättävänkin yhdensuuntaisia ja ne tukevat selkeästi niitä havaintoja mitä on tehty mm. Australiassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa, siis maissa joissa on pitkä, vuosikymmenien kokemus monikulttuurisesta työstä, maahanmuuttajista ja siirtolaisväestöstä.

Maahanmuuttajien, erityisesti pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden asianmukainen, monikulttuurisesti sensitiivinen ymmärtäminen edellyttää, sitä että heidän elämäntilannettaan ja esiintyviä ongelmia arvioidaan kokonaisvaltaisesti ja moniulotteisesti. Suppea diagnostinen ajattelu johtaa usein väärin ja pikaisiin johtopäätöksiin. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää seuraaviin seikkoihin:

Ensinnäkin yksilöllisten psykologisten stressitekijöiden ymmärtäminen on tärkeää ja miten ne linkittyvät juuri nyt tämän ihmisen elämäntarina.

Toiseksi maahanmuutto kokemuksena itsessään on merkittävä. Mitkä ovat syyt lähtöön, (vapaaehtoisesti vai pakotettuna) ja missä maahanmuuttovaiheessa ihminen kulloinkin on.

Kolmanneksi vallitsevat ulkoisten prosessit vaikuttavat selkeästi maahanmuuttajien henkiin vointiin, esimerkiksi turvapaikkaprosessiin ja sen vaikutukset, samanaikaiset kotimaan tapahtumat ja lähiomaisten tilanne. Psykiatrisen diagnoosin asettaminen on vaikeaa ja se on hyvin suhteellinen ja potentiaalisesti hyvin leimallinen käsite maahanmuuttajilla. Asianmukainen ja kulttuuritaustat ymmärtävä diagnostiikka on vaikeaa, joskus mahdotonta, ja helposti harhaanjohtavaa.

Selonteossa tuli esiin lukuisia eri tason vaikeuksia, jotka liittyvät maahanmuuttajan kohtaamiseen. Nostan tässä erityisesti esiin mielenterveysongelmiin liittyvän stigman tai leimautumisen ”mielisairaaksi” perheen tai suvun silmissä. Tämä on kulttuurisesti usein hyvin häpeällinen ja sensitiivinen asia, mikä vaikuttaa yksilön asemaan niin perheen sisällä kuin hänen lähipiirinsä ja ulkoisiin ihmissuhteisiin. Mielenterveysongelmista puhutaan

usein vähän tai ei olleenkaan omaan perheen piirissä. Ulkoista apua sen sijaan haetaan ja toivotaan ja tähän on usein myös poikkeuksellista halukkuutta ja sitoutumista. Konkreettisesti potilaat kiinnittyvät kantaväestöä paremmin ja intensiivisemmin hoitoon.

Keskeisenä ongelmana on myös se että maahanmuuttajat, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ja eivät ole tietoisia maahanmuuttajapalveluista ja mitä tukipalveluja sieltä on saatavilla. Konkreettisenä esimerkkinä on tulkkipalvelujen käyttö. Kulttuurista kompetenssia kaivataan kaikilla eri tahoilla.

## 11 SELONTEON SUOSITUKSET

Maahanmuuttajien mielenterveysongelmien hoidon taso on vielä maassamme hyvin vaihtelevaa. Alueellisia ja paikallisia eroja on runsaasti. Kenttä on hajallaan, mutta se ei kuitenkaan estä tai puhu sen puolesta, ettei työn laatua ja hoito- ja palvelujärjestelmää saataisiin parannettua, jopa hyvinkin nopealla aikataululla ja pienillä muutoksilla. Selvitysmiehen oman käsityksen mukaan maahanmuuttajien terveydenhuolto on varsin helppo strukturoida niin paikallisesti, alueellisesti kuin valtakunnallisestikin.

Asennemuutokset ovat hitaampia. Palvelujärjestelmän asenteisiin (ei välttämättä yksittäisen ihmisen) ja yhteisöjen toimintatapojen muutokset ovat jo sitten paljon monimutkaisempia ja hitaampia prosesseja. Organisaatiot muuttuvat tunnetusti hitaasti. Esimerkiksi kidutuksen kitkeminen pois eri maiden vankeinhoidosta tai poliisikunnan keskuudesta vie aikaa usein yhden tai useamman sukupolven. Usein muutoksen edellytyksenä ja helpompana tienä on uuden organisaation ja organisaatiomallin perustaminen.

### 11.1 Selonteon yleisiä suosituksia

Maahanmuuttajien kenttä, erityisesti maahanmuuttajien psykiatrinen hoito, kuntoutus ja hoito, on hyvin hajallaan maassamme. Erilaisia projekteja on runsaasti, mutta projektien välinen koordinaatio ja niiden hallinnointi on hajallaan, ne ovat usein erillistä ja irrallista. Suosituksenani onkin että maahamme perustettaisiin pikaisesti transkulttuurisia ja transpsykiatrisia yksiköitä. Vastaavasti kuin Ruotsissa, Tanskassa ja Australiassa on jo perustettuna. Nämä ovat tietotaitokeskuksia, joissa keskitetysti panostetaan tutkimukseen, koulutukseen ja muun materiaalin, esimerkiksi omakielisen potilasohjeistuksen tuottamiseen. Katso Victorian Transcultural Unit (web).

Alueellisesti viiden olemassa olevan yliopistoklinikan yhteyteen voisi ja pitäisi perustaa maahanmuuttajalääketieteen perustettavia poliklinikoita vastaaman laajemmin tämän kohderyhmän erityistarpeita. Yliopistoklinikoihin tulisi perustaa maahanmuuttajalääketieteen perehtyneiden opettajien virkoja ja tulevaisuudessa mahdollisesti myös professorin virkoja. Nämä voisi aluksi keskittää yhteen tai kahteen eri tiedekuntaan. Vastaavasti kuin esimerkiksi HUS Psykiatrian klinikkaan on perustettu neuropsykiatrinen yksikkö, jonka kohderyhmä on sinänsä kapeampikuin koko maahanmuuttajapsykiatrian kenttä.

Maahanmuuttajien palvelujen rahoitusta ja hallinnoimista mietittäessä tulee uskaltautua uudelleenlaiseen ajatteluun. ”Kaikki terveyspalvelut kaikille” ei välttämättä toimi erityisesti pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden kohdalla. Kaikkia maahanmuuttajien mielenterveyspalveluja ei voida toteuttaa joustavasti julkisella sektorilla. Kokemusten mukaan erikoistuneet moniammatilliset työryhmät ja osaamiskeskukset pystyvät paremmin vastaamaan tä-



män erityisryhmän erityistarpeisiin. Nämä puoltavat asemansa ja ovat selkeästi täydentävässä julkisen palvelujärjestelmän

Maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen käyttöoikeuden tai mahdollisuuden päästä mielenterveyspalvelujen piiriin tulee olla kaikkialla maassa samankaltaista

Hoitotakuun toteutumiseen maahanmuuttajaväestöllä tarvitaan runsaasti työtä, koordinoimista ja myös eettisiä pohdintoja, jotta voisimme löytää sopivia ja yhtenäisiä menetelmiä potilaskäyntien rekisteröimiseksi ja seuraamiseksi ja myös hoitoon pääsyn seuraamiseen ja mittaamiseen ja sen koordinoimista. Tämän tulee tapahtua potilasturvallisuutta ja vaitiolovelvollisuutta vaarantamatta. Tarvitsemme myös yhtenäisiä menetelmiä jolloin voimme verrata ja saada konkreetista tietoa alueellisesti ja valtakunnallisesti palvelujen käytöstä ja pääsystä palvelujen piiriin.

Maahanmuuttajien erikoissairaanhoidolle ja hoidon porrastamiselle tulee asettaa samat laatukriteerit, mitkä koskevat myös muuta erikoissairaanhoitoa. Yhtenäisiä tunnuslukuja suositetaan. Vastaavasti kuin esimerkiksi Nuotta-projektin yhteydessä on esitetty. Näiden kehittämistä varten tarvitsemme moniammatillisen ja monikulttuurisen työryhmän..

Julkisen palvelujärjestelmän perustason: Perusterveydenhuollon, koulutoimen, sosiaalitoimen, työvoimahallinnon, kolmannen sektorin ja KELA:n yhteistyön ja erityisesti perusvalmiuksien parantaminen on maahanmuuttajien mielenterveystyön ydinkysymyksiä. Tämän voisi toteuttaa sairaanhoitopiireittäin yhdessä psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa. Keskeistä on ilmiöiden tunnistaminen ja hoidon porrastaminen.

Työnjaon tulisi olla selkeästä niin alueellisesti kuin valtakunnallisesti. Konkreettisesti, jokaista kuntaa, joka ottaa vastaan maahanmuuttajia tulisi edellyttää tekemään oma strukturoitu hoitokaavio, jossa on selkeästi esillä vastuukysymykset. Myös päällekkäisten palvelujen purku on asiallista, tai jos niitä on, selkeä työnjako on paikallaan..

Lähetekäytäntö parantaa hoidon porrastusta ja myös laatua. Myös maahanmuuttajien kohdalla erikoissairaanhoitoon lähettämässä lääkärin tekemä lähete on toivottavaa ja tulisi olla myös tavoitteena.

Vastuukysymyksistä, pitkäkestoisissa vakavissa mielenterveysongelmissa perusvastuun tulisi olla myös maahanmuuttajilla selkeästi sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon poliklinikoilla, jossa tarpeelliset hoitotaksot voidaan toteuttaa keskitetysti ja ennen kaikkea lähellä kotia. Tietyissä erityistilanteissa erikoisyksiköt, kuten Kidutettujen kuntoutuskeskus ja esimerkiksi Kuntoutussäätiö puoltavat paikkansa erikoissairaanhoitoa julkista sektoria täydentävinä palvelumuotoina. Ne puoltavat paikkaansa, koska näitä palveluja on vaikea, jollei mahdotonta tarjota julkisella sektorilla. Tämä edellyttää uutta ajattelua. Alueellisesti tarvitsemme myös esim. Pohjois-Suomeen vastaavia yksiköitä.

Maahanmuuttajien toimintakykyyn vaikuttavien vakavien mielenterveysongelmien hoitoa ja kuntoutusta tulee kehittää voimakkaasti kaikkien ikäryhmien osalta, mikä tarkoittaa omankielisten tai monikulttuuristen kuntouttavien päiväyksiköiden, kuntoutuskotien ja muiden syrjäytymistä ehkäisevien matalan kynnyksen järjestelmien kehittämistä.

Seuraavassa on vielä kerran luettelon muodossa selonteon keskeisiä havaintoja, jotka ovat koostettu yhdessä kansainvälisten selvitysten ja tämän selonteon puitteissa. Nämä luettelot voi lukea myös suosituksina. Ne ovat niitä erityisiä kriittisiä kohtia, ydinkysymyksiä, kun pohditaan maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen laatua ja palvelujärjestelmän kykyä

vastata tämän potilasryhmän hoidollisiin vaatimuksiin. Monikulttuurinen maahanmuuttajakenttä on monimutkainen ja varsin vaikea kokonaisuus.

## 11.2 Selonteon yleisiä havaintoja

Maahanmuutonmerkitys ja suhde mielenterveysongelmiin:

- Maahanmuuttajat ovat oma erityinen ihmisryhmä, jos ei muuta niin päätöksessään muuttaa toiseen maahan
- Maahanmuuttajat ovat kokeneet usein käänteentekeviä ja rajuja elämänmuutoksia
- Maahanmuuttajilla on hyvin erilaisia käsityksiä ”mielenterveydestä” ja sairauksista
- Maahanmuutto on mielenterveysriski, erityisesti tämä koskee pakolaisia
- Maahanmuutto sinänsä ei ole pääsyy mielenterveysongelmien esiintyvyyteen
- Ulkoisen tuen puute stressaavissa tilanteissa johtaa usein psykologisten oireiden korostumiseen
- Maahanmuuttajien mielenterveysongelmat ovat usein samantapaisia kuin valtaväestön (esimerkiksi ”tyhjän pesän syndrooma”)
- Traumaattisten kokemusten jälkeiset mielenterveysongelmat ja niiden esiintulo riippuu usein niistä olosuhteista, joita kohdataan maahanmuuton jälkeen
- Muuttamiseen liittyvä stressi voi johtaa ”traumaattiseen nyrjähtämiseen” ja psykologisen selkärangan katkeamiseen, mikä voi johtaa mielenterveysongelmiin
- Statuksen menettäminen työttömyyden, sairauden tms. takia altistaa mielenterveysongelmiin
- Maahanmuuttajilla on havaittu kaksi kriittistä ajanjaksoa, jolloin heillä on erityisen suuri riski saada mielenterveysongelmia
  - heti maahantulon jälkeen
  - eläkkeelle jäämisen yhteydessä

Monet tavalliset mielenterveysongelmat maahanmuuttajayhteisöissä jäävät tunnistamatta ja diagnosoimatta.

Pakolaisuuteen liittyviä erityiskysymyksiä tunnetaan huonosti.

### **Hoitoon hakeutuminen**

Lähte mielenterveyspalveluihin saatiin usein:

- Yleislääkäreiltä, joilla on keskeinen rooli
- Muilta terveydenhuollon alalta, maahanmuuttoyksiköt, sairaalat
- Muilta julkisen hallinnon edustajalta, sosiaalityöntekijät
- Harvemmin uskonnollisista keskuksista tai yhteisöiltä
- Epäsuorasti, vähemmän virallisia reittejä (esim. opiskelupaikalta, ystävä, kaveri)
- Itse hakeutuu hoidon piiriin

Usein monia käyntejä ja tahoja ennen kuin lähte erikoissairaanhoidon toteutuu.

## Leimaantuminen ja häpeä

- Mielenterveysongelmat ovat voimakkaan leimattuja ja häpeällisiä lähes kaikissa kulttuureissa
- Ongelma on stigmapattinen potilaalle itselleen ja heidän perheilleen
- Liimaantumisen pelosta ja siihen liittyvästä häpeästä aiheutuu usein viivästynyt hoitoon hakeutuminen
- Monessa kulttuurissa mielenterveysasioista ei juurikaan puhuta oikeilla nimillä ja vaihtoehtoisia selityksiä käytetään epätavalliselle ja poikkeavalle käytökselle
- Käsitykset ja uskomukset liittyvät yleensä:
  - uskonnollisiin käsityksiin
  - etniseen alkuperään
  - kotoisin kaupungista tai maaseudulta
  - koulutustasoon
  - sosioekonomisesta statuksesta

Mielisairaus voi uudelleen stigmatisoitua:

- Liiallinen tai runsas tieto/pelko erilaisista psykologisista ja psykiatrisista hoidoista
- Liimaantumisen pelkoa vähentävät sellaiset ammatilliset ilmaukset, jotka korostavat ”normaaleja vasteita elämään”, ”stressin hoitoa”, auttavat pikemminkin kuin korostamalla hulluutta ja sairautta.

## Kommunikaatiokysymykset

Kommunikaatioon liittyvät kysymykset ovat keskeisiä tekijöitä jotka estävät hoidon ja palvelujen käytön, miten annettu informaatio ymmärretään, ja miten vuorovaikutus sujuu terveydenhuoltohenkilöstön kanssa.

- Tulkkien ammattitaito on vaihteleva
- Kielimuurit voivat sitoa ja kiinnittää potilasta lähiomaisiin tai perheeseen ja estävät avun saamisen ja jopa ulospääsyn ongelmasta
- Potilaat ovat usein haluttomia puhumaan tulkin kanssa henkilökohtaisista tai muuten aroista asioista
- Mielenterveysammattilaiset ovat usein taitamattomia tulkin käytössä
- Tarvetta olisi kaksikielisille, omakielisille työntekijöille
- Mielenterveysongelmiin tai ohjeisiin liittyvä kirjallisuus on usein vain suomenkielillä, ruotsin kielellä tai englannin kielellä, omakielistä materiaalia on vähän.

## Luottamus ja luottamuksellisuus

Ydinkysymyksiä mielenterveyspalvelujen käytössä

- Luottamuksellisen ilmapiirin kehittyminen voi viedä pitkän aikaa
- Yhteisen ymmärryksen saavuttaminen käsitteissä jotka liittyvät mielenterveyteen tai sairauteen on välttämätöntä terapiasuhteen synnylle

- Yleislääkärit ovat erityisen luotettuja hahmoja, koska heillä on jatkuva kontakti myös muuhun perheeseen
- Nöyryys ja kokemus vastaavista potilaista helpottaa luottamuksen syntyä

### **Kulttuurinen valveutuneisuus ja pätevyys**

Eri kulttuureiden väleillä on huomattavia eroja käsityksissä mielenterveysongelmista ja mielisairauksista tämä voi tulla esiin myös potilaan ja hoitajan välillä.

Mielenterveyspalvelujen tuottamisessa on selkeä tarve pätevöityä kulttuurisidonnaisten palvelujen tuottamisessa:

- Kulttuuriin sidotut oireet tulee tiedostaa
- Useat psykoterapiat kuten monet psykoterapian eri muodot ovat liian ”länsimaisia” eivätkä sinällään sovi kaikkien potilasryhmien hoitoon
- Hoitojen tulisi olla yksilöllisiä ja yleistyksiä tulisi välttää
- Monessa kulttuurissa ihmiset eivät puhu mielisairauksista vaan ilmaukset ”epätavallisesta”, ”odottamattomasta” käyttäytymisestä ovat tavallisia
- Miehet ja naiset näyttävät reagoivan eri tavoin mielenterveysongelmiin monessakin kulttuurissa
- Useat potilaat käyttävät mieluummin fyysisiä ilmauksia kuvatessaan psyykkistä pahaa oloansa
- Potilaat ovat varsin hanakoita käyttämään mielenterveyspalveluja jos ne muistuttavat kotimaansa palvelujärjestelmää
- Kulttuurinen ja humaani läheisyys, eli kyky kuvata, käyttää tunteita ja antaa merkityksiä ja ymmärtää tunteella potilaan käyttämiä termejä on pohja luottamukselle

### **Esteitä**

- Kieli on tavallisin este käyttää mielenterveys tai muita palveluja
- Sosiaalinen eristäytyneisyys voi lisätä tai johtaa vaikeuksiin, se voi rikkoa sosiaalisia verkostoja ja johtaa syrjintään ja rasismiin, sosioekonomiseen taantumiseen
- Alueelliset palvelut voivat estää ihmisten palvelujen ja avun saamisen
- Monet potilaat suostuvat mukisematta tarjottuihin psykoaktiivisiin lääkityksiin, koska pitävät esim. lääkäriä auktoriteettina. Muut hoidolliset vaihtoehdot saattavat jäädä pohtimatta
- Lääkkeiden sivuvaikutuksista on hyvin vähän tietoa, omakielistä informaatiota ei tahdo löytyä

### **Työntekijän tietoisuus tukipalveluista**

- Kielimuuri ja sosiaalinen eristäytyminen lisää selkeästi työntekijän vaikeuksia
- Työntekijöiltä puuttuu aikaa ja energiaa etsiä tukipalveluja
- Mielisairauteen liittyvä stigma voi estää tuen etsimisen

- Monilla palvelujen tarjoajilla ei ole riittäviä resursseja, jotta työntekijä voisi riittävästi auttaa mielenterveysongelmissa
- Mielisairaiden hoito tulisi mieltää ja ymmärtää laajemmalla viitekehyksellä
- Etniset ryhmät eivät ole suinkaan homogeenisia ja tietyn etnisen alkuperän sinänsä ei pitäisi olla kriteeri tietyn hoidon valitsemiselle
- Tukipalveluista ei yleensä ole tarvittavaa tietoutta
- Apua tarvitsevia ihmisiä pallorellaan usein paikasta toiseen
- Yhteisöillä on usein vahva perheverkostotuki takana
- Useat tukipalvelut tulevat maahanmuuttajien tieto-taitokeskusten tai uskonnollisten yhteisöjen kautta
- Potilaat käyttävät mieluummin kidutukseen ja traumaan liittyviä palveluyksiköitä verrattuna muihin mielenterveyspalveluihin
- Suuri osa harjoittelijoista tai uranalkuvaiheessa olevista työntekijöistä ei ole tietoisia tukipalvelujen saatavuudesta
- Ne jotka ovat tietoisia tukipalveluista harvemmin seuraavat muiden työntekijöiden palvelujen käyttöä
- Työntekijät hyötyvät kollegiaalisista tapaamisista ja kokemusten jakamisesta

### **Joitakin ehdotuksia hoitojärjestelmän ja tukipalvelujen parantamiseksi**

- Organisaatioissa sinänsä tarvitaan muutoksi ja nimenomaan terveydenhuoltojärjestelmässä
- Maahanmuuttajien moninaisuus tulisi tiedostaa ja tunnistaa kaikilla eri päätöksentekotahoilla kuin myös resursseissa
- Hoitoon pääsyä ja tasavertaisuutta tulisi alleviivata
- Maahanmuuttajien tulisi tutustu Suomen terveydenhuoltojärjestelmään
- Etniset mediakanavat pitäisi valjastaa informatiiviseen käyttöön millä vähennettäisiin sairauksiin liittyvää stigmaa
- Uskonnolliset yhteisöt ja keskuksat voisivat tarjota mielenterveyspalveluista asiallista infoa
- Valtaväestön media voisi ottaa keskeisemmän roolin mielenterveyspalveluiden neuvonnassa
- Työntekijöille tulisi taata pääsy ja mahdollisuus koulutukseen, tietoon ja tukeen
- Hyvin koulutetut ja hyvin tuetut työntekijäryhmät ovat keskeisiä ryhmiä varhaisessa tunnistamisessa
- Etniset yhteisöt voisivat ottaa keskeisemmän roolin tuodakseen esiin nimenomaan heidän tilanteeseensa liittyvät erityiskysymykset
- Samaa etnistä alkuperää olevilla työntekijöillä on keskeinen sija yhteisön sisäisinä tiedottajina ja kouluttajina
- Maahanmuuttajien tieto-taitokeskukset luovat vähemmän leimatun puitteen tiedon levittämiseksi
- Hoitoon pääsy on suomalaisessa palvelujärjestelmässä vaikeaa
- Omankielistä tietoa tulisi tuottaa niin ylemmän hallinnon kuin kansalaisjärjestöjen kautta, mikä koskee mielenterveyttä ja siihen liittyviä palveluiden tiedottamiseen

- Tarvetta on monikielisiin työntekijöihin ja kulttuurisesti päteviin työntekijöihin
- Harjoittelijoiden kielitaito ja kulttuurinen pätevyys on tärkeämpää kuin heidän asemansa yhteisössä
- Yleislääkäreillä on keskeinen rooli psykologisten stressitekijöiden arvioimissa ja potilaiden lähettämässä oikeaan jatkohoitopaikkaan
- Koulutusta tarvitaan lisää kaikilla tasoilla
- Maahanmuuttajatyötä tekevät työntekijät tarvitsevat tukiryhmän ja myös tuekseen työhön vapaaehtoisverkoston
- Samankielisten potilaiden tukiryhmät ovat osoittautuneet toimiviksi
- Monikulttuurinen koulutus estää kulttuurisidonnaisten stereotyyppien muodostumisen ja rasististen ilmausten esiintymisen.
- Maahanmuuttajilla tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa hoitojärjestelmien suunnitteluun ja palautteen antamiseen

### **Työssä jaksaminen**

Tämä on varsin vähän julkisesti puhuttu ja keskusteltu asia. Selonteon keskeisenä huomiona oli, että yhteisöjen ja yksilöiden työnohjaus oli pääsääntöisesti puutteellista muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Usein kyse oli resursseista, rahasta, mutta tavallista oli myös että ei ollut tai ole olemassa tahoja, jotka voisivat antaa työnohjausta.

Pakolaisten parissa työskentely on raskasta, erityisesti tämä koskee niiden traumatisoituneiden pakolaisten ryhmää, jotka ovat kokeneet sotaa, kidutusta, poliittista vainoa ja seksuaalista väkivaltaa. Työ on kuormittavaa ja vaikuttaa aina tietoisesti tai tiedostamatta työntekijänsä sisäiseen kokemusmaailman. Työhön sopivien työntekijöiden löytäminen on vaikeaa, erityisesti niiden jotka jaksaisivat vuodesta tehdä tätä työtä uupumatta. Esimerkiksi IRCT (International Rehabilitation Council For Torture Survivors) on suosittanut että kidutuksen uhrien parissa ei saisi työskennellä kokopäiväisesti:

Työohjaukseen ja työntekijöiden perus- ja lisäkoulutukseen tulee kiinnittää pikaisesti huomiota ja tähän tulisi kohdentaa myös ”korvamerkittyjä resursseja”.

### ***11.3 Turvapaikanhakijoita koskevat suositukset***

Turvapaikkaprosessi on nk. normaalimenettelyssä valituskäytäntöineen usein epäinhimillisen pitkä, mikä aiheuttaa turvapaikanhakijoille epäinhimillistä kärsimystä ja loukkaa heidän ihmisarvoaan.

#### **SUOSITUS 1.**

Hyvin vakavasti tulisi miettiä, ketkä ovat oikeutettuja saamaan maassamme varsinaisen turvapaikan (vuosittain vain kymmenkunta). Maahanmuuttoviranomaisilla, erityisesti Ulkomaalaisvirastolla näyttää puuttuvan kyky tehdä näitä päätöksiä. Esimerkiksi tästä on Kidutettujen kuntoutuskeskuksessa pitkään hoidossa olevat potilaat, jotka ovat tulleet maahan alun alkaen turvapaikanhakijoina, heillä vain muutamalla on varsinainen turvapaikka.

Suurimmalla osalla potilaista on hoidon aikana varmentunut uskottava todellinen, aito poliittinen vaino ja kidutustausta.

## SUOSITUS 2.

Turvapaikanhakuun liittyvissä asioissa eri ministeriöiden välinen yhteistyö on puutteelliselta ja monimutkaiselta. Ulkopuolelta tarkastellen tulee selkeästi vaikutelma, että yhteistyötä ei eri ministeriöiden välillä ole. Yhteistyötä on selkeästi tehostettava ja vuoropuhelua tulisi tukea kaikilla eri tahoilla ja eri portailla. Viranomaisyhteistyötä tulisikin uskaltaa arvioida ja tutkia kriittisesti, ulkoisesti ja avoimesti ja tarvittaessa rakentaa koko yhteistyömalli uusiksi.

Turvapaikkaprosessin ulkopuolista arviointia ja tutkimusta tarvitaan välittömästi viranomaiskäytännön parantamiseksi.

## SUOSITUS 3.

Kaikilla traumatisoituneilla turvapaikanhakijoilla tulisi olla oikeus saada asianmukainen lääkärinlausunto terveydentilastaan, riippumatta siitä missä päin maata he asuvat. Lausunto tulisi tehdä pääsääntöisesti nk. Istanbulin protokollan ohjeistuksen mukaan.

Istanbul-protokollan ohjeistuksen käyttöön tulee kouluttaa kaikkia tahot, jotka ovat mukana turvapaikkaprosessissa; siis kaikki viranomaistahot, avustavat lakimiehet ja terveydenhuollon henkilöstö, erityisesti lääkärit.

Tarvitaan laajaa ja systemaattista koulutusta, jotta tämä toteutuisi.

Istanbul-protokolla antaa selkeän mallin tämän tekemiseksi ja toteuttamiseksi. Ohjeistuksen pohjalta on kehitetty koulutusohjelma, joka on varsin helposti muunnettavissa koskemaan myös Suomen paikallisia olosuhteita.

## SUOSITUS 4.

Nykyisin turvapaikanhakijoita koskevia lääkärinlausuntoja lukevat pääsääntöisesti maallikot. Tämä käytäntö tulee muuttaa. Viranomaisilla tulee tai tulisi olla käytössä puolueeton ulkopuolinen taho, joka arvio lääkärinlausuntoja ja muita turvapaikanhakijoita koskevia lausuntoja.

Toisena vaihtoehtona on siirtyä vastaavaa järjestelmään kuin esimerkiksi Tanskassa on tällä hetkellä. Siellä ainoastaan oikeuslääkärit tekevät turvapaikanhakijoille tutkimuksen ja lausunnot. Jos he tarvitsevat psykiatrin tai muun erikoislääkärin arvioita, se pyydetään erikseen lausunnon liitteeksi tai lausunnon antajalle.

## SUOSITUS 5.

Tutkimus tulisi käynnistää myös siitä, miten turvapaikkaprosessi sinänsä vaikuttaa hakijoiden terveydentilaan. Mikä on esimerkiksi pitkän odotuksen keston ja eri vastaanottokeskuksiin sijoituksen, siirtämisen merkitys, sekä mahdollisen säilöönnoton merkitys terveydentilaan.

Prosessia tulee pikaisesti lyhentää ja pitkään vuosia odottaneet turvapaikanhakijat tulisi "armahtaa" inhimillisistä syistä, jolloin myös esimerkiksi Ulkomaalaisviraston paineet helpottuisivat ja sen uudet toimintamuodot lähtisivät nopeammin käyntiin.

Pitkät odotusajat aiheuttavat kärsimystä ja ovat hakijoille traumaattisia prosesseja. Pitkät turvapaikanhakuprosessit ovat koko yhteiskunnalle kalliita.

Turvapaikanhakijat ovat oikeutettuja saaman hoitoa ”akuutteihin sairauksiin” Mielenterveysongelmissa on hyvin vaikea määritellä mikä on akuuttia ja mikä ei. Erityisesti, kun kyse on toista kulttuuria edustavasta ihmisestä ja poikkeuksellisesta elämäntilanteesta

Prosessin aikana kyetä valikoimaan turvapaikanhakijoita, jotka ovat erityisessä riskissä traumatisoitua ja joilla on todellinen kuin myös kiireellinen syy saada turvapaikka tai oleskelulupa. Selonteon perusteella turvapaikanhakijat eivät saa nykyisin riittävästi hoitoa ja tukea mielenterveysongelmiinsa. Myös pääsy psykiatrisen erikoissairaanhoidon piiriin on vaikeaa.

#### SUOSITUS 6.

Mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Vastaanottokeskusten koko henkilöstö, heistä erityisesti terveydenhoitajat, sairaanhoitajat ja sosiaalityöntekijät ovat tässä suhteessa ratkaisevassa asemassa.

Tavallisista turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten terveydentilaan ja tai heidän mielenterveysongelmiinsa liittyvistä häiriöistä tarvitaan tietoa, systemaattista koulutusta ja valmista opetusmateriaalia.

Henkilöstölle tulee taata mahdollisuus saada riittävä perus- ja lisäkoulutus.

Psykososiaalinen kartoitus tulisi tehdä kaikille maahantulotarkastuksen yhteydessä. Tuoloin pystyttäisiin seulomaan kaikki turvapaikanhakijat ja voidaan kartoittaa riskityhmässä olevat ja saada ajoissa kiinni psykiatrista hoitoa tarvitsevat turvapaikanhakijat. Kaikkien turvapaikanhakijoiden fyysinen ja psyykinen terveydentila tulee arvioida ja myös kirjata alkuvaiheessa. Erityisesti jos tilanteessa tapahtuu muutoksia, heille tulisi näissä tilanteissa taata heidän tarvitsemansa hoito.

#### SUOSITUS 7.

Vastaanottokeskusten tulee järjestää tai edellyttää järjestämään toimiva terveydenhuollon malli ja työnjako yhdessä perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä. Vastaanottokeskukseen, perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon nimetään vastu- ja kontaktihenkilöt, jolloin turvapaikanhakijoiden hoito keskittyy heidän käsiinsä ja kommunikaatio tapahtuu pääsääntöisesti heidän kauttaan ja heidän välillään. Esimerkiksi tietty/tietyt yleislääkäri vastaa perusterveydenhuollosta, tietty erikoislääkäri ottaa konsultaatiot vastuulleen, ja sairaalahoidot keskitetään yhdelle osastolle mahdollisuuksien mukaan. Selkeä toimintalinja ja vastuun jakaminen auttaa selkeästi konkreettisissa hoitotilanteissa. Vastaanottokeskuksessa on nimetty henkilö, joka huolehtii, siitä että suunnitellut toimenpiteet toteutuvat.

Turvapaikanhakijoiden asema on erityisen huolestuttava, he eivät ole maassamme suinkaan tasavertaisessa asemassa. Turvapaikanhakijoiden mielenterveyspalvelut on järjestetty monen kirjavasti eri puolilla maamme. Vastaanottokeskuksissa (yhteensä 14) joihin turvapaikanhakijat sijoitetaan, on hyvin erilaisia terveydenhoitomalleja. Hoitojen, erityisesti mielenterveyspalveluiden saatavuus vaihtelee paikkakunnasta toiseen. Erityisessä riskiryhmässä ovat ne turvapaikanhakijat, jotka ovat perhemajoituksessa, jotka eivät asu vastaanottokeskuksissa ja asuvat toisella paikkakunnalla kuin he ovat kirjoilla.

Kidutuksen uhreilla on mahdollisuus saada pääkaupunkiseudulla aivan erilailta hoitoa kuin Pohjois-Suomessa. Eriarvoisuus tulee esiin myös toisella tavalla: Ne kidutuksen uhrit, jotka saavat omasta terveydentilastaan nk. Istanbulin protokollan ohjeistuksen mukaisen vaa-



tivan lääkärinlausunnon terveydentilastaan ja mahdollisista kidutusvammoistaan, ovat selvästikin erityisasemassa turvapaikanhakuprosessissa. Vastaavasti ne ihmiset, jotka eivät halua tai eivät edes kykene tulemaan hoidon piiriin ovat selvässä riskissä jäädä vaille tulla tätä mahdollisuutta ja he voivat tulla perusteetta käännetyiksi, koska heillä ei ole riittävää näyttöä tapahtumista.

#### SUOSITUS 8.

Kaikille turvapaikanhakijoille tulisi taata tarvittaessa pääsy erityisyksikköihin, kuten esimerkiksi Kidutettujen kuntoutuskeskukseen jos se on hoidollisesti välttämätöntä. Myös paikallisia ja alueellisia traumoja hoitoon keskittyviä yksiköitä tulisi tukea ja perustaa, jotta alueellinen tasa-arvo toteutuisi.

#### SUOSITUS 9.

Koulutettua tulkkia tulisi käyttää pääsääntöisesti aina, kun yhteistä kieltä ei ole käytössä. Omaisten, ystävien ja tuttujen käyttö tulkkina ei ole suotavaa. Puhelintulkkaukset ei ole myöskään ole hyvää hoidon laatua ja etenkin, kun kyse on mielenterveysasioista, jolloin kommunikaatio ja toisen riittävä ymmärtäminen ovat hoidon ja ennusteen kannalta ydinkysymyksiä.

#### SUOSITUS 10.

Terveystieteiden ammattilaiset tarvitsevat lisää koulutusta pakolaisuuteen ja monikulttuurisuuteen liittyvissä tekijöissä, jotta he ymmärtäisivät paremmin turvapaikanhakijoita ja heidän tilannettaan.

#### SUOSITUS 11.

Turvapaikanhakijoille tulisi taata itselleen riittävä tiedonsaanti terveydenhuoltopalveluista niin suusanallisesti kuin kirjallisesti ja omalla äidinkielellä. Potilaan oikeuksista tiedottaminen on olennaista niin, että heillä on myös samanlainen oikeus saada esimerkiksi heidän terveydentilaa liittyvää ja sitä koskevaa tietoa kuin muillakin maan kansalaisilla.

#### SUOSITUS 12.

Turvapaikanhakijoita ei tulisi pitää pääsääntöisesti pidätettynä, vangittuna tai säilössä. Näissä erityistilanteissa tulee varmistaa asianmukainen kohtelu ja asianmukaiset terveys- ja erikoissairaanhoidon palvelut.

#### SUOSITUS 13.

Ilman huoltajaa saapuneet alaikäisten lasten ja nuorten kohteluun tulee kiinnittää erityistä huomiota ja heidän tulisi olla mahdollisimman paljon kontaktissa valtaväestön kanssa.

#### SUOSITUS 14.

Iäkkäät turvapaikanhakijat tarvitsevat myös erityisjärjestelyjä heidän asuttamisensa ja terveydenhuollon järjestämisen suhteen.

## 11.4 Tulkin käyttöön liittyvät suositukset ja kommunikaatiokysymykset

Kommunikaatioon liittyvät kysymykset ovat keskeisiä tekijöitä, jotka estävät hoidon ja palvelujen käytön. Siitä riippuu, miten annettu informaatio ymmärretään, ja miten vuorovaikutus sujuu terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Tämä on erityisen keskeinen ongelma joka tuli esiin selonteon kaikissa keskusteluissa, niin maahanmuuttajien itsensä suusta kuin eri tahojen toimijoiden kertomana. Yhteisen pitää olla tietoa kielen puuttuminen ja ongelmat tulkin kanssa olivat tavallisia. Puhelin- ja videotulkkaukset koettiin hankalina ja ongelmallisina.

### SUOSITUS 1.

Työntekijät tarvitsevat selkeän ohjeistuksen tulkin käyttöön. Lisäksi tarvitaan kirjallista materiaalia ja kirjallisia ohjeita. Tulkin käytön harjoitteluun tulisi olla mahdollisuus jo perusopinnoissa. Tulkin käyttöön liittyvälle ohjeistukselle on selkeä tilaus.

Tulkin käyttö, tilaaminen ja muut siihen liittyvät järjestelyt koettiin usein hankalina ja aikaa vievinä. Tulkin tilaaminen herättää usein kysymyksiä, mistä tilaan? kuka maksaa? Kenen vastuulla se on? Tämä tieto on usein puutteellista harvoin tulkkeja käytävillä tahoilla. Aina on uusi tilanne edessä, kun uusi maahanmuuttaja tulee vastaanotolle. Erityisen ongelmallisia ovat tilanteet, jotka tulevat virka-ajan ulkopuolella. Käytännöt vaihtelivat eri puolilla maata myös siinä suhteessa, miten tulkin käyttöä korvattiin. Osa kunnista suhtautui selkeästi liberaalimmin, osa hyvinkin tiukasti pykälien mukaan. Osassa kunnissa ymmärrettiin hyvin tulkin kommunikatiivinen ja jopa preventiivinen merkitys.

### SUOSITUS 2.

Säästäminen tulkin käytössä on erikoissairaanhoidossa järjetöntä, etenkin kun kyse on keskusteluun perustuvissa hoitomenetelmistä, jolloin ymmärretyksi tuleminen ja ymmärtäminen ovat olennaisia ja keskeisiä

Surullisinta ja huolestuttavinta olivat viestit eri puolilta Suomea, että tulkin käyttöä välletään ”säästösyistä”. Myös selkeää tendenssiä on video- ja puhelintulkkauksen suuntaan. Näin myös mielenterveystulkkauksessa. Tätä kritisoi laajalti niin potilaiden itsensä kuin toimijoiden taholta ja tätä pidettiin potilasturvallisuutta vahingoittavana. ”Säästöt” koettiin nimenomaan esteenä adekvaatin hoidon saamiselle ja myös syrjäytyminen nähtiin uhkana.

### SUOSITUS 3.

Potilaiden omia yksilöllisiä toiveita tulkin käytön suhteen pitää ja tulee kunnioittaa, eikä toimia jääräpäisesti kaikkien tulkattavien kanssa samalla tavalla

Maahanmuuttajien keskuudessa tavallisin valitus oli että tulkki oli ”väärältä kielialueelta”, tulkkia tilaava taho ei tuntenut käytettyä kieltä, tai ei ollut osannut kysyä tai tarkentaa sitä. Etenkin potilaat, jotka joutuvat vaataviin viranomaiskohtauksiin, pitivät tätä omaa oikeusturvaa loukkaavana.

Toisena ongelmana maahanmuuttajat näkivät tulkin huonon kieli- ja ammattitaidon. Etenkin huono Suomen paikallisten olosuhteiden ja kulttuurin tunteminen tuli esiin. Myös luottamus omaa etnistä alkuperää olevaa tulkkia kohtaan oli tavallista. Pelkoja tietojen vuotamisesta ja salassapitovelvollisuuden laiminlyönnistä tuli esiin.

Monet maahanmuuttajat syyttivät myös tulkkeja manipuloinnista ja väärin tietojen ja käyttäytymisohjeiden antamisesta.

Myös sukulaisten, tuttujen ja omien lasten käyttöä tulkkina kritisoitiin ja nähtiin myös esteenä vapaalle asioista puhumiselle. Muun perheen tietoon saattaa tulla henkilökohtaisia ja intiimejä asioita. Omaisen käyttö tulkkina saattaa estää avun saamista ja jopa ulospääsyn ongelmasta.

Potilaat itse, etenkin traumatisoituneet pakolaiset ovat usein haluttomia puhumaan tulkin kanssa henkilökohtaisista tai muuten aroista asioista. Etenkin tämä tulee esiin seksuaalista väkivaltaa kokeneilla. Ei haluta kuulijaa, kolmatta silmää ja korvaa. Osalla potilaista on ylivoimaisen vaikea luottaa ylipäättänsä tulkkiin, tässä näyttäisi olevan myös eroja eri kulttuureiden välillä. Myös tulkin etninen alkuperä on merkityksellinen, usein suomalainen on ”luotettavampi” kuin omaa etnistä alkuperää oleva henkilö. Myös tulkin sukupuolella on merkitystä.

#### SUOSITUS 4.

Mielenterveystulkausta tekevien tulkkien ammattitaitoa tulisi kiireellisesti parantaa ja heidän lukumääräänsä tulisi kiireellisesti lisätä. Myös heidän koulutustaan tulisi kehittää. Lisäksi tarvitaan yhtenäiset laatuvaatimukset ja kriteerit.

Kaikkien mielenterveystulkkina esiintyvän henkilön tulisi täyttää ammattipätevyysvaatimukset. Jonkinlainen lisenssi tai ”ajokortti” olisi tarpeen.

Yleisesti tulkkien ammattitaito koettiin kaikkien tahojen osalta vaihtelevana ja kirjavana. Kaikilla kielialueilla ammattitaitoisista tulkeista on pulaa. Myöskään tulkeille ei näyttäisi olevan yhtenäistä koulutusta. Tietoa hyvistä tulkeista kaivataan ja toivotaan selkeitä kriteerejä ja laatua tulkikoulutukseen, jota sinänsä kaivataan lisää ja siihen tulisi monen tahon mielestä kiireellisesti panostaa.

Pääkaupunkiseudulla mielenterveystulkkaukseen ja psykoterapiatulkkaukseen kykenevistä tulkeista voi kysyä mm. Kidutettujen kuntoutuskeskuksesta.

#### SUOSITUS 5.

Tulkit tarvitsevat lisäkoulutusta ja työnohjausta jaksamiseensa. Erityisesti psykoterapiatyötä tekevät ja traumaterapiaa tekevät tulkit tarvitsevat säännöllistä tukea.

Tulkikeskuskusua tulee myös velvoittaa antamaan tulkeille mahdollisuuden käydä työnohjauksessa ja lisä- ja jatkokoulutuksessa.

Tulkeilla itsellään on suuria toiveita saada lisää koulutusta ja ohjausta. Erityisesti he kokevat mielenterveystulkkauksen vaikeana ja raskaana ja aikataulut usein turhan kiireisinä. Aikaa ei jää useinkaan tilanteiden purkuun ja läpityöskentelyyn.

Myös lukuisia toiveita tuli esiin työnohjauksessa. Osa tulkeista koki mielenterveystulkkauksen raskaana ja vaativana, erityisesti kidutusuhrien tulkkaus koettiin erityisen vaativana, kuormittavana ja kuluttavana. Tulkit toivat myös selkeästi esiin että tulkin kanssa työskentely ei onnistu läheskään aina ja että hankaliin tilanteisiin joudutaan tavan takaa. Terveystenhuollon alalla he kokevat kantaväestön taidon käyttäjä ja joissakin tapauksissa myös sietää tulkkia olevan hyvinkin kirjava. He toivovat selkeästi että tulkin käyttöä opetettaisiin systemaattisesti ja että siihen luotaisiin jonkinlainen ohjeistus.

## SUOSITUS 6.

Asennekasvatusta tarvitaan ja myös kannustusta ja uskallusta uusien toimintamallien käyttöönotossa.

Mielenterveysammattilaiset ovat usein taitamattomia tulkin käytössä ja vieläkin on vallalla käsitys, että psykoterapiaa ei voi tehdä tulkin välityksellä. Tämä on yksittäistapauksissa ollut jopa este hoidon saamiselle. Selonteon tekijän oman kokemuksen mukaan tulkin avulla voi työskennellä psykoterapeuttisesti kaikkien ihmisten kanssa. Toistaiseksi ei ole tullut vastaan potilasta, jonka kanssa tämä ei olisi riittävän hyvin onnistunut.

Eri ammattialojen perusopinnoissa ja koulutuksessa ei ole riittävästi huomioitu tulkin käyttöä ja kokemukset joudutaan yleensä hankkimaan itse kantapään kautta. Tulkin käytön oppiminen ja opettelu koettiin helppona. Suurimpana ongelmana oli oman asenteen muuttaminen ja sen hyväksyminen että vastaanotolla on muitakin henkilöitä kuin potilas. Tämä oli varsin tavallinen kommentti.

## SUOSITUS 7.

Resurssihenkilöitä, jotka voisivat toimia tulkkina, vertaistukena ja kulttuuritulkkina, tarvitaan pikaisesti. Maassamme on runsaasti terveydenhuollon henkilöstöä, joka ei ole saanut laillistumista toimia maassamme. Tämä voimavara tulisi pyrkiä hyödyntämään ja samalla antaa heille tilaisuus ja mahdollisuus tutustua maamme terveydenhuoltojärjestelmään.

Kulttuuritulkkieja tulee käyttää ehdottomasti, jos kyse on epäily psykoosista tai muusta henkeä uhkaavasta mielenterveydenongelmasta, jolloin herää epäily, olisiko tämä johonkin kulttuuriin liittyvä vai onko se sairautta.

Eriyistä tarvetta olisi kaksikielisille, omakielisille ja maahanmuuttajataustaisille työntekijöille. Toiveina olisi, että he olisivat samalla kulttuurin tulkkina ja välittäjänä puolin ja toisin.

Tämä asia uskottiin yleisesti korjaantuvan ajan myötä. Päätäviltä tahoilta kuitenkin toivottiin aktiivisuutta, että nimenomaan maahanmuuttajataustaisia ihmisiä houkutellaan sosiaali- ja terveysalalle.

## SUOSITUS 8.

Omankielistä materiaalia tulisi tuottaa lisää. Kansainvälisesti jo olemassa olevaa materiaalia eri mielenterveyden ongelmista tulisi tuottaa ja muokata Suomen olosuhteisiin.

Mielenterveysongelmiin tai ohjeisiin liittyvä kirjallisuus on usein vain suomen, ruotsin ja englannin kielellä. Omankielistä materiaalia on vähän, mitkä liittyvät potilasohjeisiin ja erilaisiin esitteisiin. Tai oikeammin ongelmana on se että materiaalia on kyllä tuotettu, mutta sitä ei keskitetty, eikä niistä ole juurikaan tietoa. Esimerkiksi Australiassa on tehty hyviä potilasohjeita usealle alkuperäiskielille tavallisista mielenterveysongelmista, niin että ne palvelevat myös paikallisesti hoitoonohjauksessa.

Valmiin materiaalin puuttuminen koettiin isona ongelmana, ja yleensä oman työn ohella ei ole aikaa tai energiaa etsiä ja hakea materiaalia.

## *11.5 Tutkimuksen ja tiedonkulun tehostamiseen sekä hallinnolliseen työnjakoon liittyvät suositukset*

### SUOSITUS 1.

Kattava tieteellinen tutkimus puuttuu maassamme tältä alalta vielä lähes täysin. Toistaiseksi kiinnostus tätä aluetta kohtaan ja esimerkiksi yliopistoissa tämän alan lääketieteellinen tutkimus on ollut hyvin vähäistä.

Myös maahanmuuttajaväestön mielenterveyteen ja henkiseen vointiin liittyvää olemassa olevaa kansainvälistä tietoa pitäisi myös koota pikaisesti yhteen. Kansainvälisen jo olemassa olevan tiedon kerääminen ja "tietopankin" ylläpitäminen on tähän mennessä ollut puutteellista. Selonteon koostamista vaikeutti huomattavasti se, ettei tietoutta oltu koottu yhteen, eikä sitä ollut myöskään keskitetty.

Perustettavalla Transkulttuurisella yksiköllä, tai vastaavalla monikulttuurisella tutkimusyksiköllä, ja/tai Suomen Akatemialla, ja/tai STAKESILLA ja/tai sosiaali- ja terveysministeriöllä voisi olla keskeisempi asemaja rooli tiedon ja tutkimuksen koordinoijana, sekä mahdollisena rahoittajatahona.

Maahanmuuttajien terveyteen ja mielenterveysongelmiin liittyvät selonteot tulisi myös keskittää "tietopankkiin" ja tämä tieto tulisi olla myös mahdollisimman vapaasti ja helposti saatavilla.

Maahanmuuttajiin liittyvän terveystiedon hankintaa, tutkimusta ja sitä tukevia projekteja tulisi tukea kaikin mahdollisin keinoin

Kansainvälisesti on löydettävissä runsaasti ajankohtaista tutkittua tietoa, mikä liittyy tämän väestönosan terveys- ja mielenterveysongelmiin. Ongelmana on että tätä tietoa ei ole riittävästi hyödynnetty, eikä sitä ole kerätty yhteen.

### SUOSITUS 2.

Ministeriöiden välistä tiedonkulkua, työnjakoa ja yhteistyötä tulisi parantaa. Tämä voisi tapahtua esimerkiksi yhdistämällä eri ministeriöiden toimintoja ja selkeyttää työnjakoa. Kommunikaatiokysymykset ovat keskeinen ongelma ja ydinkysymys maahanmuuttajatyössä. Tämä koskee myös viranomaisyhteistyötä kaikilla tasoilla. Erityisryhmänä on turvapaikanhakijat..

Ministeriöiden välisessä tiedonkulussa ja tiedottamisessa näyttää olevan ongelmia. Tieto eri projekteista ei aina kulje ministeriöstä toiseen, eikä ministeriöistä kentälle. Usein tiedottamisessa on myös viivettä. Projektit ja kenttä ovat hajallaan ja eri projektien koordinaatio ja yhteistyö on ollut puutteellista.

Uusia projekteja tulee jatkuvasti, rahaa palaa, mutta tieto projekteista ja niiden tuloksista jää varsin vähäiseksi ja se ei välttämättä siirry ja tule tietoiseksi. Ruohonjuuritasolla on usein hyvin vaikea hahmottaa maahanmuuttajiin liittyvien eri projektien kenttää, mikä osaltaan näyttää liittyvän monimutkaisiin kansallisiin ja kansainvälisiin rahoituskuvioihin.

Vertikaalitason tiedonkulku on puutteellista, ministeriöiden työryhmiin tulisi ottaa mukaan maanmuuttajia ja maahanmuuttajatyötä aktiivisesti työtä tekeviä asiantuntijoita.

Ilman henkilökohtaista kontaktia maahanmuuttajatyöhön päätöksentekojä jää irralliseksi ja irti kontekstista

## LISÄSUOSITUS: MAAHANMUUTTAJAT JA RIVITYÖNTEKIJÄT MUKAAN MINISTERIÖIDEN TYÖRYHMIIN

### SUOSITUS 3.

Sosiaali- ja terveysministeriö voisi ottaa keskeisemmän roolin maahanmuuttajatyön kordinoijana ja sen tulisi selvittää laajemminkin tieteellisesti ja kattavasti ja kansallisesti maahanmuuttajien henkistä vointia, heidän yleistä terveydentilaa, sekä mielenterveyspalvelujen tilaa kunta- ja läänikohtaisesti. Vastuun voi hyvin delegoida läänitasolle. Maahanmuuttajia on vielä suhteellisen vähän, joten maahanmuuttajien terveydenhuollon strukturoiminen on vielä varsin yksinkertaista toteuttaa.

Sosiaali- ja terveysministeriössä ei ole koottua tietoa maahanmuuttajatyön toimijoista. Tiedon saannin vaikeus, sen sirpaleisuus ja kootun tiedon puute johti jo tämän selonteon alkumetreillä lähes mahdottomaan tilanteeseen. Raportin tekijä koki olevansa välillä mahdottoman jopa turhauttavan tehtävän edessä yrittäessään hahmottaa eri tahojen toimintaa ja toimintoja.

### SUOSITUS 4.

Maahanmuuttoon liittyvää kansalaistaitoa ja siihen liittyvää tietämystä tulee välittömästi päivittää yhteiskunnan kaikilla eri tasoilla. Tämä koskee niin yhteiskunnan ylimpien päättäjiä kuin kouluikäisiä lapsia ja nuoria. Maahanmuuttaja on muutakin kuin pakolainen.

Maahanmuuttajat, pakolaiset, turvapaikanhakijat ja ulkomaalaiset Suomessa on pysyvä ilmiö. Suomi on hitaasti muuttumassa monokulttuurisesta yhteiskunnasta monikulttuuriseksi yhteiskunnaksi. Maahanmuuttajia on kattavasti koko Suomen alueella. Heidän kohtaamisensa on nykyisin hyvin todennäköistä eikä heitä voi esimerkiksi unohtaa esimerkiksi mielenterveyspalvelujen saajina. Maahanmuuttajasta ja heidän terveydentilastaan puhuesani eri ihmisten kanssa selkeästi tuli esiin tietämättömyys, kuka on maahanmuuttaja ja mitä tämä käsite pitää sisällään. Kun puhuttiin maahanmuuttajista, puhuttiin usein ja pääsääntöisesti aina pakolaisista.

Maahan muista syistä muuttaneiden ihmisten ongelmat eivät nousseet tässä selonteossa esiin kuin erityistapauksina. Silloinkin tämä liittyi usein erityisryhmiin ja heidän ongelmiinsa, kuten vammaisuuteen, muihin terveydellisiin ongelmiin, alaikäisyyteen tai ikääntymiseen ja vanhenemiseen. Hyvin vähän oli tietoa esimerkiksi pakolaisuuteen sinänsä liittyvistä taustekijöistä ja monikulttuurisuudesta.

Tietämättömyys näytti ruokkivan selkeästi maahanmuuttajiin liittyviä ennakkoluuloja, pelkoja, epäilyjä, vääriä käsityksiä, uskomuksia ja ikävä kyllä myös rasismia.

**ERITYISSUOSITUS: YHTEISKUNNAN TULISI TAISTELLA JATKUVASTI JA HERPAANTUMATTA KAIKIN MAHDOLLISIN KEINON RASISMIA VASTAAN KANSALLISESTI JA KANSAINVÄLISESTI.**

### SUOSITUS 5.

Maahanmuuttajien parissa työskentelevät ihmiset tarvitsevat tukea, työnohjausta ja riittävästi henkilöstöä. Alalle on hakeutunut kiinnostuneita ja innostuneita ihmisiä, jotka omalta osaltaan ovat murtamassa tähän työhön liittyviä ennakkoluuloja. He tarvitsevat ammatillista tukea ja kannustusta, myös palkkaa (voisi olla porkkana) ja toimenkuvien ja virkojen vakinaistamista.

”Vihdoinkin joku taho kiinnostuu meidän työstä”. Selonteon ehkä kaikista positiivisin tulos oli, että eri tahoilla maahanmuuttajien parissa työskentelevät ihmiset ja maahanmuuttajat itse olivat erityisen ilahtuneita siitä, että sosiaali- ja terveysministeriö oli kiinnostunut maahanmuuttajista ja erityisesti maahanmuuttajien mielenterveydenongelmakentästä. Yhteydenottoja oli kaivattu ja oli odotettu jo aiemminkin. Erityisen ilahtuneita olivat ne henkilöt, joilla oli päivittäisiä kontakteja maahanmuuttajien kanssa. Heillä oli selkeä huoli ja hätä tämän potilasryhmän voinnista. Samalla tuli myös esiin, että heillä oli paras tieto ja näkemys myös maahanmuuttajien voinnista ja yleisestä terveydentilasta.

Suurimpana ongelmana he kokivat yleensä riittävän tiedon ja koulutuksen ja resurssien puuttumisen. Ulkopuolista tukea toivottiin ja myös arvostusta ja tukea omissa organisaatioissa. Vaikutelmana tuli selvästi esiin että maahanmuuttaja työhön hakeutuu aktiivisia ja työstään innostuneita ihmisiä. Selonteon avustamisessa ihmiset olivat avoimia ja halukkaita auttamaan. Vastauksia että ”minulla on kiire, en ehdi nyt”, ei tullut. Päinvastoin aina tuntui riittävän aikaa keskusteluihin.

#### SUOSITUS 7.

**Tunnusluvut ja mittarit.** Maahanmuuttaja psykiatrisissa palveluissa suositetaan pikaisesti yhtenäisten mittarien käyttöön ottoa ja niiden kehittämistä. Toiminnan seurantamenetelmät ovat nykyisin täysin puutteellisia ja yhtenäiset tunnusluvut puuttuvat. Vertailukelpoista tietoa eri maahanmuuttajien parissa työskentelevien tahojen toiminnasta ei ole käytettävissä ja olemassa olevien yksiköiden laatuajärjestelmät ovat keskenään hyvin kirjavia ja keskenään vertailukelvottomia. Ilman tunnuslukuja maahanmuuttajiin kohdistuvien palvelujen kattava kehittäminen on mahdotonta.

Suomessa on 107 000 ulkomaalaista, joka vastaa melko tarkkaan 2 % koko väestöstä. Maassamme tämän väestönosan terveydentilasta ja henkisestä voinnista ei ole koottua tilastotietoa ja heistä ja heidän terveydentilastaan on hyvin vähän muutakaan tietoa. Nämä ihmiset eivät yksinkertaisesti tilastoidu omana erityisryhmänään.

Olemassa oleva tieto on sirpaleista, usein liittyy yksittäisiin elämäntapa- tai elämäntiloihin, väestön osiin tai etnisiin alaryhmiin. Toisaalta kokemus- tai ”syvä”-tietoa tai ”minusta tuntuu”-tietoa on runsaasti olemassa.

Kokemusta on kertynyt erityisesti päivittäin maahanmuuttajien parissa työskenteleville ja heitä kohtaaville henkilöille, jotka toimivat lähinnä perusterveydenhuollossa tai julkisen palvelujärjestelmän ulkopuolisissa organisaatioissa. Tämä tieto jää usein paikallistasolle tai maahanmuuttajatyöntekijöiden omaan keskuuteen.

Toiminnan pohtimiseen ja tiedon koostamiseen jää harvoin aikaa. Tähän ovat syynä ovat usein niukat resurssit. Aika riittää kliiniseen työntekoon, mutta tilastointiin ja toiminnan tutkimiseen sitä ei kuitenkaan jää.

#### SUOSITUS 8.

Maahanmuuttajien parissa työskentelevien tahojen tulisi velvoittaa pitää kirjaa toiminnastaan ja antaa kattava ja myös riittävän selkeä kuvaus toiminnasta esimerkiksi vuosiraportin muodossa

Tiedon puutteen lisäksi toisena ongelmana on jo olemassa olevan tiedon kokoaminen keskitäminen. Keskitettyä tietoa ei ole ministeriössä eikä juuri muualla ellei se satu olemaan selkeästi liitettyä yksikön tai keskuksen toimintaan.

Esimerkkinä tästä on Kidutettujen kuntoutuskeskus. Sinne on yli kymmenen toimintavuoden aikana kertynyt monenlaista kidutukseen ja monikulttuuriseen työhön liittyvää tietämystä. Tätä ei ole kuitenkin resurssipulan vuoksi kyetty analysoidaan ja siihen ei ole esimerkiksi kohdennettu rahoitusta tai osoitettu muutakaan kiinnostusta. Vuosiraportit ovat olleet puutteellisia, suppeita. Ne ovat palvelleet lähinnä hallintoa ja rahoittajaa. Toimintaa ei ole kirjoitettu kunnolla auki ja tieto jää väkisin "musta tuntuu" -tasolle. Sama ilmiö toistui tuli selkeästi esiin tätä toimeksiantoa tehdessä myös muiden yksiköiden kohdalla.

Maahanmuuttajat olivat usein unohtuneet mainita tai heitä ei pidetty omana erityisenä ryhmänä.

Selonteossa tuli myös esiin, että jos maahanmuuttajia ei ole potilaina tai asiakkaina, he eivät myöskään ole mahdollinen potentiaalinen potilasaines, mikä otettaisiin huomioon esimerkiksi toimintaa suunniteltaessa. Yksinkertaisena esimerkkinä tästä on tulkin käyttö ja ongelmat tulkin tilaamisessa, johon ei aina ole osattu edes varautua.

#### SUOSITUS 9.

Kotoutuminen, muutto, pakeneminen uuteen kotimaahan oli se sitten pakolaisuuden tai siirtolaisuuden kautta tapahtunut, tulisi nähdä paljon laajempaan prosessina, kuten se nähdään kotoutumislain näkökulmasta.

Kapea näkökulma vääristää koko ongelman ja voi johtaa siihen että pitkään maassa olleet maahanmuuttajat unohdetaan palvelujen potentiaalisina tarvitsijoina.

Maahanmuutto on koko elämänkaaren kestävä muutosprosessi, joka voi jatkua toisessa tai kolmannessa sukupolvessa. Tämä tulisi ottaa huomioon mm. henkilöstöresursseissa ja myös maahanmuuttajapolitiikkaan liittyvissä taloudellispoliittisissa linjauksissa.

#### LISÄSUOSITUS:

Niillä maahanmuuttajilla, joilla on psyykkisiä vaikeuksia, tulisi olla mahdollisuus tavata vielä kotoutumisvaiheen jälkeen monikulttuuriseen maahanmuuttajatyöhön perehtynyttä henkilöstöä.

Useissa tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota, että jotkin maahanmuuttajilla mielenterveysongelmat näyttävät jopa pahentuvan ajan myötä, eivätkä ne näytä suoraan liittyvän kotoutumisvaiheeseen. Muutokset työelämässä, ikääntyminen, sairastuminen, lasten kotoa pois muutto, sosiaalisen statuksen muutokset, työn menettäminen ja lopulta eläkkeelle jääminen ovat kaikki erityisiä riskitapahtumia maahanmuuttajalle. Myös tiettyjen maahanmuuttajaväestöosien korkeat työttömyystilastot viestittävät epäsuorasti integraation epäonnistumisesta.

"Tyhjän kodin syndrooma", yksinäisyys ja syrjäytyminen eivät ole myöskään kulttuurista riippuvia tekijöitä. Eläkkeelle jääminen on erityisen kriittinen vaihe ja monessa lähteessä puhutaan, että se on yhtä merkityksellinen ajanjakso kuin maahan saapuminen. Tuolloin saattaa mennä viimeinen toivo paluusta takaisin kotimaahan.

#### SUOSITUS 10.

Maahanmuuttajia ja pakolaisia vastaanottavissa kunnissa pitää olla perusterveydenhuollossa vastuu- ja kontaktihenkilöitä, joilla on resursseja, riittävä koulutus ja perehtyneisyys tai mahdollisuus perehtyä ja antaa aikaa maahanmuuttajatyöhön. Mielellään tulisi perustaa



moniammatillinen maahanmuuttajatyöryhmä, jonka yhtenä jäsenenä on myös perusterveydenhuollon lääkäri. Ne kunnat (138 vuonna 2002), jotka ottavat maahanmuuttajia, pitäisi velvoittaa nimeämään vastuuhenkilöt myös erikoissairaanhoidossa ja takaamaan riittävät resurssit tähän työhön.

#### SUOSITUS 11.

Perusterveydenhuollolla ja sen henkilöstöllä on jälleen kerran suuri vastuu ja keskeinen rooli maahanmuuttajien mielenterveysongelmien tunnistamisessa. Perusterveydenhuollon tietotaidon lisäämiseen tulee lisätä pikapuolin tuottamalla lisä- ja jatkokoulutusresursseja.

#### SUOSITUS 12.

Lääkäreiden, sairaanhoitajien ja sosiaalityöntekijöiden, sekä muiden maahanmuuttajien parissa työskentelevien henkilöiden peruskoulutukseen tulee kiireellisesti panostaa monikulttuurisen tietämyksen ja pakolaisuuteen liittyvän terveys/sairaustietämyksen lisäämiseksi. Esimerkiksi lääketieteellisissä tiedekunnissa lääkäreiden perustutkintoon liittyvä maahanmuuttajatietämys on vielä lapsen kengissä ja sen puutteeseen on havahduttu vasta viime vuosina. Sama tilanne on esimerkiksi psykiatrian erikoislääkärikoulutuksessa.

Mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen on ensimmäinen askel hoidon piiriin. Mielenterveyshäiriöitä tunnistetaan huonosti (Joukamaa 1994) niin kantaväestön kuin maahanmuuttajien keskuudessa. Tämä koskee etenkin nk. lievempiä mielenterveysongelmia, lieviä ja keskivaikeita masennustiloja ja ahdistusoireyhtymiä. Maahanmuuttajilla ongelmat menevät usein ”kulttuurierojen” ja sopeutumishäiriöiden piikkiin. Kiire ja paine perusterveydenhuollossa vaikeuttavat ja hidastavat häiriöiden tunnistamista ja on esteenä adekvaatille hoitoon hakeutumiselle.

#### SUOSITUS 13.

Koulutustahot puuttuvat, tämä puute pitää pikaisesti korjata. Koulutusta ja sen koordinoimista tulisi järjestää pääsääntöisesti yliopistoista käsin ja tarvittaessa kouluttajia tulee tuottaa ulkomailta, missä on pitkäaikaista kokemusta monikulttuurisesta työstä.

#### SUOSITUS 14.

Koulutusmateriaalia pitää tuottaa pikaisesti. Oppikirjoja ja muuta materiaalia tarvitaan.

Suomessa maahanmuuttajien parissa tehtävä mielenterveystyö on vielä harvojen ihmisten käsissä ja heillä on käytännöllisesti ”kädet täynnä” kliinistä potilastyötä, jolloin aikaa ei jää koulutusmateriaalin tuottamiseen.

#### SUOSITUS 15.

Työnjakoa perustason ja erikoissairaanhoidon välillä tulee kehittää välittömästi.

Alueellisesti toimivia, työnjakoa selkeyttäviä projekteja tulee kannustaa, jotta saataisiin uutta kokemusta erilaisista toimintatavoista ja niiden vaikuttavuudesta. Myös ns. välimaaston palveluja tulisi kannustaa. Työnjaon ja alueellisten struktuurien tulisi olla kuitenkin selkeitä ja päällekkäisyydet tulisi purkaa. Hoitoketjujen tulisi olla mahdollisimman hyvin kuvattuja, helposti hahmotettavia ja niiden tulisi olla hyvin selkeiltä rakenteiltaan.

Selonteossa tuli selkeästi esiin, että potilaan tie hoidon psykiatrisen piiriin ei ole helppo ja yksinkertainen. Usein ongelmana on, ettei tiedetä kehen otetaan yhteyttä, miten toimitaan

ja kuka ottaa vastuun. Kunnissa on suuria eroja tämän suhteen. Selonteossa tuli hyvin selkeästi esiin myös se, että hoitojen porrastuksia ei ole riittävästi mietitty, eikä myöskään sitä miten toimintaan missäkin tilanteessa. Struktuurit puuttuvat suurelta osin tässä suhteessa. Tietenkin positiivisia poikkeuksiaakin on.

”Kyse on samasta tilanteesta kuin esimerkiksi palohälytyksen yhteydessä. Kaikki tietävät mitä tehdä, kuka hälyttää apua, missä on poistumistiet ja minne kokoonnutaan.”

Työtä tehdään paljon ja hyvää työtä, mutta asioita ei ole ehditty työn lomassa miettimään aivan loppuun asti. Yhteisesti ei ole aikaa puhua ääneen, mitä milloinkin tehdään tai puida yhteisesti hankalia potilastapauksia ja ennakoida mahdollisesti eteen tulevia tilanteita. Maahanmuuttajatyössä toiminta on usein jälkijättöistä. Kun jotain tapahtuu, sitten vasta toimitaan, jolloin vahinko on jo sattunut.

Kunnissa, joissa on toimiva ulkomaalaistoimisto, maahanmuuttajayksikkö tms. tilanne näyttäisi olevan paremmin hallinnassa, samoin pienissä kunnissa, joissa on vain vähän maahanmuuttajataustaisia ihmisiä. Kunnissa jossa maahanmuuttajien terveys- ja mielenterveyspalvelut on keskitetty maahanmuuttoyksiköiden hoitoon, hakeutuminen hoidon piiriin on selkeästi helpompaa. Samoin kunnissa, joissa on mahdollisuus moni ammatilliseen ryhmätyöskentelyyn, tiedonkulku on selkeästi joustavampaa. Samoin on tilanne niissä kunnissa joissa eri yksiköt ovat kutakuinkin ”saman katon alla” ja joissa yhteistyötahot tunnetaan henkilökohtaisesti ja heillä on mahdollisuus säännöllisiin yhteisiin tapaamisiin.

Kaikki maahanmuuttajien mielenterveyshäiriöstä eivät tarvitse erikoissairaanhoidon toimenpiteitä, vaan suuri osa hoituu selkeästi perusterveydenhuollon tasolla. Usein ei ole olemassa henkilöä, jolla nämä potilaat voitaisiin ohjata ja joka voisi seurata tilannetta hiukan pidempään ja ottaa myös hoitovastuun.

Kotouttamislain piirissä olevat potilaat ovat tässä suhteessa paremmassa asemassa sen vuoden (paluumuuttaja) tai kolmen vuoden ajan kun heidän palvelunsa on keskitetty ja heillä on mahdollisuus mm. automaattisesti ilmaiseen tulkkiin.

Ongelmaksi tulevat ne ihmiset, jotka ovat olleet jo pitempään maassa ja ne jotka eivät syystä tai toisesta ole seurannan piirissä. Pakolaisuus on koko elämänkaaren ongelma, eikä se rajoitu pelkästään maahantuloon, tätä ei ole riittävästi mielletty. Ongelmana on siis resurssien puute. Riittävät resurssit puuttuvat niin perusterveydenhuollon tasolla kuin erikoissairaanhoidossa. Kyse ei ole pelkästään henkilöstöresursseista vaan myös aikaresursseista. Lyhyellä käyntiajalla, mahdollisesti tulkin kanssa työskennellessä ei jää riittävästi aikaa perehtyä tilanteeseen. Maahanmuuttajan psyykkisestä voinnista on hyvin vaikea ja jopa mahdotonta saada selkeää kuvaa yhden käynnin perusteella.

#### SUOSITUS 15.

Paikalliseen tiedon kulkuun tulee panostaa ja eri tietojärjestelmiä tulee kehittää potilasturvallisuuden ja salassapitovelvollisuuden vaarantumatta.

Tieto ei kulje sosiaalipuolelta terveydenhuoltoon ja päinvastoin. Myös eri organisaatioiden sisällä tiedon kulussa on vakavia puutteita. Ihmisten erityisesti maahanmuuttajien muuttaessa paikkakunnalta toiselle olennainen tieto jää usein välittymättä. Huomioitava on, että tälle väestöryhmälle on erityisen tyypillistä toistuvat muutot.

Mielenterveyshäiriötä kyllä kohdataan sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä, mutta tämä ei johda adekvaatteihin toimenpiteisiin. Selonteossa tuli tästä esiin lukuisia surullisia ta-

pausesimerkkejä. Maahanmuuttajan/perheen hätä nähdään mutta vastuuta ei ole otettu ja tilanne oli mennyt hyvinkin pitkälle ja johtanut esimerkiksi epätoivoisiin tekoihin ja väkivallanpurkauksiin. Luottamus oli jo mennyt suhteessa kaikkiin hoitaviin tahoihin ja vahinkojen korjaaminen oli mahdotonta ja vaikeaa..

#### SUOSITUS 16.

Maahanmuuttajien mielenterveyden ongelmien hoito vaatii aktiivisuutta ja kannattelua, ja erityistä asennoitumista ja panostusta. Henkilökunnan tulee varmistaa hoidon joka käänteessä että maahanmuuttajat ovat ymmärtäneet mitä tapahtuu ja missä mennään. Asiakkaiden tai potilaiden omaan aktiivisuuteen perustava hoito ei pääsääntöisesti onnistu.

Suurin ongelma ei ole varsinaisesti itse hoitoon toimittamisessa vaan hoidon toteutumisen seurannassa. Hoidon onnistuminen vaatii aktiivisuutta. Pelkkä lähete ei riitä, usein tarvitaan saattaja tai ”sananviejä”, joka varmistaa toimijatahojen näkemykset yhteisiksi. Säännönmukaisesti pitäisi varmistua siitä, että suunniteltu toimenpide on toteutunut ja että myös potilas on ymmärtänyt toimenpiteen. Jos näin ei tapahdu suunniteltu hoito jää toteutumatta ja potilas jää ilman apua.

Dialogi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on myös usein koettu vaillinaiseksi ja yhteistyössä on selkeitä puutteita. Maahanmuuttajan hoitoon toimittaminen ja hoitojärjestelyt vaativat aikaa ja hyvin monenlaisia järjestelyjä, kuten tulkkien tilaamista, aikojen sovittelua etc. Tämä koetaan usein vaikeaksi ja sinänsä hankalaksi. Esimerkiksi kiireissä päivystystilanteissa päivystävän osa ei ole helppo, huoneeseen saattaa yllättäen tulla suuri perhe tulkin kera ja nopeasti pitäisi hahmottaa mikä on ongelma.

#### SUOSITUS 17.

Mielenterveyshäiriöiden hoito tulisi aloittaa AINA yleisen terveydentilan ja psykososiaalisen tilanteen kartoituksella. Kartoitukset tulisi keskittää yhteen paikkaan ja se tulee tehdä systemaattisesti kaikille.

Yleislääkärit ja kuntien ulkomaalaistoimistojen, maahanmuuttoyksikköjen työntekijät ovat selkeästi keskeisessä ja avainasemassa ja usein ensikontakti maahanmuuttajaan. Kuntiin sijoittumisen jälkeen systemaattiset psykosomaattiset kartoitukset normaalin terveystarkastuksen lisäksi ovat osoittautuneet hyödyllisiksi.

Haastattelujen keskittäminen on myös osoittautunut hyväksi ja toimivaksi tavaksi. Toiveita näiden tehostamiseksi tuli selkeästi esiin ja henkilöstöresursseja kaivataan lisää. Esimerkiksi niin, että koko perhe haastatellaan erikseen vanhempien suostumuksella. Varhaisen psyykkisen vajaakuntoisuuden toteamisen arveltiin yleisesti säästävän huomattavasti yhteiskunnan rahaa ja selvästi auttavan maahanmuuttajan integraatiossa ja inhimillisesti ottaen helpottavan ihmisten tuskaa ja hätää.

Perusterveyden huollon harteille, etenkin terveyskeskuksiin on viimevuosilla sysätty paljon vastuuta hyvin monenlaisista ihmisten terveyteen liittyvistä ongelmista. Alueilla jossa maahanmuuttajia on runsaasti, kaivataan perusterveydenhuollon sisään muodostettuja yksiköitä, jotka voisivat riittävän ajan ja resurssien puitteissa perehtyä tilanteeseen.

Kuntiin sijoittumisen yhteydessä hajautettuna tehtävät terveydentilatutkimukset nähtiin huonona vaihtoehtona, jos haastattelut hajautetaan väestövastuun mukaisesti. Keskitettyjä tulohaastatteluja ja psykososiaalisia arviointeja kaivattiin. Samoin ohjeita ja malleja miten näitä arviointeja voisi tehdä.

## SUOSITUS 18.

Lääkärin lähete olisi suositeltavaa ja sen tulisi olla myös tavoitteena potilaan siirtyessä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Pääsääntöisesti hoidon porrastus on erityisen tärkeää maahanmuuttajilla, koska heillä on muuta väestöä enemmän somaattiseen terveydentilaan liittyviä ongelmia ja koska heillä on myös erityinen alttius psykosomaattiseen oireiluun. Tämä koskee erityisesti traumatisoituneita maahanmuuttajia kuten kidutuksen tai sodan uhreja.

Yleislääkäreitä arvostetaan laajalti maahanmuuttajien keskuudessa ja usein heidät mielletään ja toivotaan usein myös mielenterveyshäiriöiden hoitajiksi. Mielisairauksiin liittyy lähes kaikissa kulttuureissa voimakas stigma eli leimaantuminen. Luottamus liittyy sinänsä usein lääkärin ammattiin, mitä arvostetaan korkealle useassa eri kulttuurissa. Arvostus tulee myös siitä että oma lääkäri hoitaa koko perhettä ja tietää näin myös perheen muut ongelmat ja on parhaimmillaan koko perheen luottohenkilö.

Monessa kulttuurissa somaattisten oireiden kuten "sydänpömpöjen" tarjoaminen ahdistuksen, masennuksen tai surun tilalla on paljon hyväksytympää, sallitumpaa ja helpompaa kuin henkisestä voinnista ja pahasta olostä puhuminen.

Lähete erikoissairaanhoidon saatiin lähes aina perusterveydenhuollon lääkäriltä. Lähete tai aloite mielenterveyspalveluihin toimittamisesta saatiin usein tai lähes säännönmukaisesti yleislääkäriltä tai muilta perusterveydenhuollon terveydenhuollon henkilöltä. Sosiaalityöntekijöillä näyttäisi olevan myös erittäin keskeinen rooli häiriöiden ja ongelmien tunnistajina ja hoitoon toimittamisen alulle panijoina.

Suomessa uskonnolliset ja etniset yhteisöt harvemmin hoitoon ohjaavat jäseniään. Sen sijaan omaisten rooli korostui ja eri ihmisten kokemusten mukaan nimenomaan omaisten aktiivisuus ja osallisuus olisi hoidon tuloksellisuuden ja hoitoonohjauksen tuloksellisuuden kanssa erityisen merkityksellistä. Jopa niin, että verrattuna valtaväestöön monessa kulttuurissa omaisia hoidetaan yhteisöllisesti paremmin. Tämä koskee etenkin vanhusväestöä.

Ongelmana ovat yksinäiset, tai ne ihmiset, joilla ei ole riittävästi omaa etnistä ryhmää olevia ihmisiä maassamme. Pakolaisten hajasijoittaminen herätti ristiriitaisia kommentteja puolesta ja vastaan. Tunnettua on ihmisten muuttovirrat ja halukkuus hakeutua ennemmin tai myöhemmin suuriin keskuksiin tai paikkakunnille jossa on runsaasti omaa etnistä ryhmää olevia henkilöitä.

Muita hoitoon hakeutumisen reittejä olivat epäsuorat, vähemmän viralliset reitit esimerkiksi opiskelupaikalta, ystävä tai kaveri. Maahanmuuttajat hakeutuvat itse hoidon piiriin, jos on tietoa tai kokemusta on karttunut aiemmista hoidoista. Muutoin maahanmuuttajien kesken vallitsee suuri tietämättömyys mielenterveyspalveluista ja hoidon porrastuksesta.

Maahanmuuttajien, erityisesti pakolaisten, keskuudessa on tyypillistä, että nämä potilaat näyttävät hakeutuvan avun piiriin psykologisten vaikeuksien vuoksi vasta sitten kun muut tiedot ovat tukossa, tai heidän ongelmansa ovat tulleet sietämättömiksi ja kestävämmiksi. Hoitoon hakeutuminen tapahtuu myöhään ja se viivästyy usein.

## **Leimaantuminen ja häpeä**

Selonteon yhteydessä selkeästi tuli esiin stigma, joka liittyy mielenterveyshäiriöihin. Mielenterveysongelmat ovat voimakkaan leimattuja ja häpeällisiä lähes kaikissa kulttuureissa,

myös meille suomalaisille. Monessa kulttuurissa mielisairaus tarkoittaa mahdollisuuksien menettämistä sosiaalisen statuksen suhteen, opiskelun ja avioliiton suhteen. Se ei ole pelkästään yksilön häpeä vaan koko suvun. Myös erakoituminen ja hylkääminen uhkaavat. Vertaa Suomessa nk. ”peräkammarin pojat”. Eräs kongolainen potilas kuvasi sairastumisen merkitsevän itsensä näkemistä menetettynä tapauksena itsensä ja muiden silmissä. Myös erilaiset maagiset uskomukset ja ajatukset ohjaavat käyttäytymistä. Hyvien ja pahojen henkien olemassaolo on monessa kulttuurissa tavallista ja ne voivat olla varsin merkittävässä osassa ihmisten ajattelua. Ongelma on stigmaattinen potilaalle itselleen ja heidän perheilleen.

Leimaantumisen pelosta ja siihen liittyvästä häpeästä aiheutuu usein viivästynyt hoitoon hakeutuminen. Monessa kulttuurissa mielenterveysasioista ei juurikaan puhuta oikeilla nimillä ja vaihtoehtoisia selityksiä käytetään epätavalliselle ja poikkeavalle käytökselle. Käsitykset ja uskomukset liittyvät yleensä, uskonnollisiin käsityksiin, etniseen alkuperään, onko kotoisin kaupungista tai maaseudulta, koulutustasosta ja sosioekonomisesta statuksesta. Ihmiset näyttävät omista lähtökohdistaan suhtautuvan hyvin erilailla mielisairauksiin.

**LISÄSUOSITUS: MAAHANMUUTTAJATAUSTAISIA MIELENTERVEYSPOTILAITA VOISI MYÖS KUTSUA VAJAAKUNTOISINA MAAHANMUUTTAJINA**

Mielisairaus voi uudelleen stigmatisoitua, liiallinen tai runsas tieto/pelko erilaisista psykologisista ja psykiatrisista hoidoista näyttäisi eri tahojen kokemuksen mukaan myös ohjaavan potilaiden hoitokäyttäytymistä. Yksikertainen esimerkki tästä on kidutuksen uhrin: ”Sairaala koetaan usein vankilana, potilaat saavat niissä olosuhteissa helposti takautumia ja suurimmalla osalla heistä sairaalahoidosta sinänsä ei ole mitään hyötyä. Heidän kohdallaan sairaalahoidon harkinta on erityisen vaativa ja hankala kysymys. Ammatilliset ilmaukset, jotka korostavat ”normaaleja vasteita elämään”, ”stressin hoitoa”, auttavat pikemminkin kuin korostamalla ”hulluutta” ja ”sairautta”. Myös näyttäisi siltä että potilailla on helpompi käydä erityyppisissä kriisiyksiköissä ja traumayksiköissä kuin psykiatrian poliklinikoilla.

### **Luottamus ja luottamuksellisuus (confidentially)**

Maahanmuuttajien kanssa työskennellessä ydinkysymyksiä mielenterveyspalvelujen käytössä on luottamus ja luottamuksellisuus. Tämä ei ole kulttuurieroista ja mahdollisista traumaista johtuen aina helppoa ja yksinkertaista. Siihen pitää erityisesti panostaa. Yleisesti kokemuksena on että luottamuksen rakentuminen lähtee liikkeelle ensikohtaamisesta yksikön kaikkien työntekijäryhmien kanssa. Maahanmuuttajat ovat erityisen tarkkoja ja herkkiä siitä, miten heitä kohdellaan. Tämä liittyy erityisesti kielitaitoon, mitä huonompi kielitaito, sitä herkemmin tehdään huomioita nk. ei-kielillisen viesteihin. Tähän ei yleisesti ole koettu kiinnitetyn riittävää huomiota. Maahanmuuttajat itse pitävät esimerkiksi katsekontaktin puuttumista ja tervehtimättä jättämistä epäkohteliaana, jopa vihamielisenä eleenä. Myös luottamuksellisen ilmapiirin kehittyminen voi viedä pitkän aikaa. Kidutuksen uhreilla se jää usein täysin saavuttamatta. Luottamus ei suinkaan ole itsestään selvyys vaan se pitää maahanmuuttajien itsensä mielestä myös ansaita. Yhteisen ymmärryksen saavuttaminen käsitteissä, jotka liittyvät mielenterveyteen tai sairauteen on välttämätöntä terapisuhteen synnylle, mikä ei maahanmuuttajien parissa ole sen erityisempää kuin suomalaisten keskuudessa. Puhutaanko samaa kieltä ja tulenko ymmärretyksi ja puhunko ymmärrettävästi.

## 12 TULKIN KÄYTTÖ MIELENTERVEYSPALVELUISSA

### Mielenterveystulkkauksesta yleistä

Tulkkaus ja tulkin työ on erityisen vaativaa ja haastavaa työtä, joka vaatii tarkkuutta ja tehokas, onnistunut tulkkaus on tiedon sujuvaa kulkua kielestä toiseen ja ihmiseltä toiselle. Tulkin rooli potilaan ja klinikon välillä mahdollistaa sanojen ja käsitteiden siirtymisen parhaimmillaan ymmärrettävästi ja luo potilaan ja hoitohenkilökunnan välille parhaimmillaan yhteisen tilan ja terapeutin suhteen. Mielenterveystulkkauksessa parhaiten toimii konsekutiivinen, eli jaksottainen tulkkaus, jolloin informaatio siirtyy lyhyinä jaksottaisina pätkinä. Mielenterveystulkkaus ei ole yksinkertainen asia ja siihen liittyy monenlaisia huomioita otettavia tekijöitä.

### Vaitiolovelvollisuus

Potilaille ja heidän perheilleen (myös tulkille) tulee korostaa kaikissa käännteissä, että käsitelty tieto on luottamuksellista ja että heillä on vaitiolovelvollisuus. Tämän merkitystä ei voi olla korostamatta. Tulkkia sitoo vaitiolovelvollisuus, ensimmäisellä vastaanottokäynnillä ja uuden tulkin kanssa tämä tulisi aina muistaa ottaa puheeksi. Huonot kokemukset johtuvat monesti ammattitaidottomien tulkkien käytöstä, tai ettei näitä asioita ole riittävästi korostettu. Vaitiolovelvollisuus koskee kaikkia työryhmän jäseniä aina hallintoa myöten.

Kidutuksen uhreilla luottamus on erityisen vaikea saavuttaa ja monella uhrilla on suoranaisia, jopa aitojakin pelkoja siitä, että esimerkiksi lähiomaiset voisivat joutua kärsimään, jos kotimaan viranomaisille tulee tieto esimerkiksi siitä, että siellä kadonnut henkilö tai uhri on elossa.

### Ohjeita tulkin kanssa tapahtuvaan työskentelyyn

Yleisiä ohjeita liittyen tulkkipalvelujen käyttöön:

Selonteon myötä on selkeästi tullut esiin, että tulkkipalvelujen käytössä on laajalti epäselvyyksiä ja epämääräisyyksiä ja että tulkkipalveluja ei edelleenkään osata käyttää asianmukaisesti. Tulkin käytössä tai käyttämättä jättämisessä vedotaan usein säästösyihin hoidon kustannuksella. Epäselvyyksiä on myös kenen vastuulla on tulkin tilaaminen.

Työministeriö on tehnyt jo vuonna 2000 ohjeen (O/1/2000 M) maahanmuuttajien kielipalveluista ja pakolaisten, turvapaikanhakijoiden ja paluumuuttajien asioimistulkkaus- ja käännöspalvelujen korvaamisesta. Ohje päivitetty 17.1.2005, mahdolliset muutokset eivät ehtineet tähän selontekoon.

Asioimistilanteessa tulkki- ja käännöspalveluilla on usein ratkaiseva merkitys sekä viranomaisien työssä että asiakkaan oikeusturvan toteutumisessa. Kielipalvelujen tavoitteena on taata tulkkaus- ja käännöspalveluiden sekä muun tiedottamisen avulla pysyvästi Suomessa asuville maahanmuuttajille tasavertaiset mahdollisuudet käyttää julkisia palveluja.

Ohjeessa on tärkeä huomio ja velvoite viranomaisille: Viranomaisien tulee huolehtia tulkkauksen ja käännösten saatavuudesta, sekä resursseista.

Ohjeessa todetaan myös, että eri viranomaisien on työministeriön koordinoimana tuotettava maahanmuuttajille tiedotusmateriaalia heidän omalla kielellään.

Maahanmuuttajien kielellisen tasa-arvon toteutuminen edellyttää, että asioidessaan maahanmuuttajien kanssa julkisen palvelun antajat ja viranomaiset käyttävät tulkki- ja käännöspalveluja ja varautuvat menoarvioissaan näiden palvelusten kustannuksiin.

Työministeriön ohjeen kohta 5 on tärkeä, mikä koskee kustannusten korvaaminen kunnille:

- ”Kustannukset korvataan, kun tulkki ja käännöspalvelut liittyvät pakolaisen tai turvapaikanhakijan
- Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin
- Kotouttamissuunnitelman laatimiseen
- Kotouttamista edistävien lähiympäristön ja yhteiskunnan tarjoamien palveluiden käyttöön ohjaamisen
- Turvapaikan hakemiseen liittyvän oikeusavun käyttöön.

”Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla tarkoitetaan julkisia kunnallisia palveluja. Niihin katsotaan myös kuuluvaksi Raha-automaattiyhdistyksen rahoituksella pakolaisille ja turvapaikanhakijoille tuotettuja erityispalveluja. Tällaisia palveluja tuottavat mm. Ulkomaalaisten kriisikeskus, Lounaissuomen ulkomaalaisten tukiasema ja Kidutettujen kuntoutuskeskus.

Pakolaisneuvonta ry:n asiakkaan tulkki- ja käännöspalvelut korvataan silloin, kun kysymyksessä on turvapaikan hakemiseen liittyvä oikeusapu.

Tulkki- ja käännöspalveluja voivat kuntien ja vastaanottokeskusten lisäksi käyttää lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot, työvoima- ja elinkeinokeskusten työvoimaosastot ja työministeriön maahanmuutto-osasto sekä sosiaali- ja terveysministeriö silloin, kun ne asioidivat pakolaisten tai turvapaikanhakijoiden kanssa maahanmuuttajien kotouttamiseen ja turvapaikanhakijoiden vastaanottoon liittyvissä asioissa.

Huomioitavaa on että annetussa ohjeessa tulkki- ja käännöspalvelujen kustannusten korvattavuudelle ei ole asetettu ehdotonta aikarajaa.

Usein tulkki- ja käännöspalvelujen tarve lakkaa tai vähenee huomattavasti noin kolmen vuoden kuluttua maahan tulosta. Kolme vuotta ei ole kuitenkaan mikään ehdotan aikaraja, mihin ”kentällä” usean otteeseen kuulee viitattavan. Kielen oppiminen voi kuitenkin viivästyä monestakin tekijästä, kuten iästä, pitkäaikaisesta sairaudesta tai vammasta, esimerkiksi vaikea ”kidutusoireyhtymä” tai perheolosuhteista kuten pienten lasten hoitamisesta johtuvista syistä. Kielen opiskelun viivästyessä tulkki- ja käännöspalvelujen tarve voi säilyä pitkään.

Tulkki- ja käännöspalveluita antavat alueelliset tulkkikeskukset ja valtakunnallisesti toimiva Lingua Nordica Oy. Tulkkikeskukset voivat antaa pakolasten ja turvapaikanhakijoiden vastaanoton järjestäjille ja eräille muille palvelujen järjestäjille tulkki- ja käännöspalveluja maksutta silloin, kun tulkki- ja käännöspalvelut korvataan valtion varoista. Muissa tapauksissa tulkkikeskukset laskuttavat palvelujen tilaajia. Kunnat ja vastaanottokeskukset voivat myös ostaa tulkki- ja käännöspalveluja tulkkikeskuksilta ja hakea TE-keskukselta korvattavat kustannukset jälkikäteen.

Maksullisista palveluista voi kunta (ei yksittäisen palvelun antaja) hakea valtiolta korvausta, mikäli ostettu palvelu kuuluu valtion korvattaviin tulkki- ja käännöspalveluihin.

### **Etätulkkauksesta:**

Kaikissa tulkkeskuksissa on käytössä myös puhelintulkkauksen mahdollisuus. Video-tulkkaukseen on mahdollisuus ainakin Pohjanmaan tulkkeskuksessa, Lingua Nordica Oy:ssä sekä Helsingin seudun asioimistulkkeskuksessa. Etätulkkauksen katsotaan tehostavan vähäisten tulkkiressurssien käyttöä ja se on taloudellista erityisesti silloin, kun tilaajan ja tulkkeskuksen väliset matkat ovat pitkät. Etätulkkauksen kehittäminen ja sen lisääminen on ollutkin viimevuosina tulkkipalvelujen painopistealue.

Työministeriön ohjeessa (0/1/2000 TM) korostetaan. Siinä suositetaan, että etätulkausta tulee käyttää aina kun se on mahdollista!

Selonteon tekijällä on etä- ja puhelintulkkauksesta tässä yhteydessä selkeästi päinvastainen kanta. Etä- ja puhelintulkkauksen käyttö mielenterveyspotilaan kohtaamisessa on rajattava vain poikkeustapauksiin, silloin kun muut keinot eivät ole mahdollisia.

### **Mielenterveystulkkaus:**

Kliinisessä työssä, erityisesti mielenterveystyössä ja hoitosuhteessa kommunikaation ja kontaktin merkitystä ei voi olla korostamatta. Mielenterveystyössä korostuu, ei pelkästään suusanallinen, vaan nimenomaan non-verbaalinen kommunikaatio. Riittämätön kommunikaatio estää asianmukaisen hoidon toteutumisen, jopa pääsyn hoidon piiriin. Sillä on olennainen merkitys hoidon onnistumisen kannalta ja ennen kaikkea hoidon laatuun.

Mielenterveystyössä ja erityisesti psykoterapeuttisessa työssä paras tai helpoin ratkaisu on, että molemmilla on sama kieli tai että he kykenevät puhumaan samaa yhteistä kieltä. Hyvä vaihtoehto on, että potilas osaa uuden kotimaan kielen, joka on myös terapeutin äidinkieli. Molemmilla voi olla heidän oma kielensä, jolloin toinen ymmärtää toistaan. Joskus hyvin tavallisesti tilanne maassamme on, että puhutaan kolmatta kieltä, käytännössä usein englantia ja ranskaa. Lopulta, jos muuta vaihtoehtoa ei ole, käytetään tulkkia apuna. Psykoterapiatyössä tulkin käyttö ei ole aina kovin yksinkertaista. Se vaikuttaa työskentelyyn ja hoitoprosessin luomiseen.

Riittävän hyvä yhteinen kommunikaatio tarkoittaa että klinisen työntekijä

- voi ymmärtää mitä potilas on kokenut
- työntekijä voi tehdä diagnoosin tai mahdollisen työhypoteesin
- päättää yhdessä potilaan ja hänen perheensä kanssa asianmukaisesta hoitosuunnitelmasta
- kehittää terapeuttisen hoitosuhteen.

Jos kommunikaatio on riittämätön, todennäköisyys diagnostisiin ja hoidollisiin virheisiin kasvaa (Minas 2001). Se voi johtaa:

- ali- tai ylidiagnostiikkaan psykopatologian vaikeusasteesta
- että psykopatologiaa/ongelmaa ei tunnisteta lainkaan
- täysin virheelliseen diagnoosiin, mistä ei ole lainkaan kyse

Epäasiallinen tai väärä hoito johtaa usein negatiivisiin jälkiseurauksiin kuten sairaudentilan ja kärsimyksen pitkittymiseen, elämän laadun heikkenemiseen ja joskus jopa toimintakyvttömyyteen ja vajaakuntoisuuteen (Minas 2001)



Riittämätön kommunikaatio johtaa potilaan, perheen jopa hoitohenkilöstön vääristyneisiin käsityksiin mm.

- klinikon roolista
- palvelujen luonteesta
- sairauden ladusta
- hoidon tai lääkityksen tarkoituksesta
- lääkityksen sivuvaikutuksista

Hoidon hyvään laatuun kuuluu ottaa huomioon: ”Mielenterveyshäiriöitä sairastavilla ihmisillä tulee ottaa laaja-alaisesti huomioon ikään, sukupuoleen, uskontoon, kulttuuriin ja kieleen sekä muihin hänen erityistarpeisiin liittyvät tekijät ”

Milloin tulkki tulisi tilata? (Minas2001)

Tulkki tulisi tilata, aina kun:

- kyseessä on ensimmäinen psykiatrinen arvio ja hoidon aloitus
- sairaalaan tai poliklinikalle hoitoon ottamisen yhteydessä
- perhekartoituksen yhteydessä
- erikoislääkärin käynnin tai muun moniammatillisen arvioinnin yhteydessä
- alkuarvioinnissa mielenterveyden tilaa arvioitaessa
- kerrottaessa arvioinnin tulokset, mahdollinen diagnoosi, hoitosuunnitelma, lääkitys ja mahdolliset lääkkeiden sivuvaikutukset
- kerrottaessa juridisista oikeuksista ja informoitaessa juridisen statuksen muutoksista, mm. tarkkailun aloittamisesta tai tahdosta riippumattomasta hoidosta
- riskien arvioinnissa
- hoitosuunnitelma palaverissa, hoidon väliarvioinneissa, ja verkostopalaverissa
- uloskirjoitusta suunniteltaessa
- intensiivisen hoidon seurannassa, esim. suljettu osastohoito. (Säännöllinen omakielinen kommunikointi estää eristäytymisestä ja ahdistusta ja tukee realiteettiin orientaatiota)
- kun potilas niin haluaa tai toivoo!
- kriittisten, uhkaavien tms. tapahtuminen purku ja debriefing tilanteissa
- ja kaikissa niissä hoidollisissa tilanteissa, joissa lisäinformaatio omalla kielellä on hoidon tai potilaan etu.

Suomen kääntäjien ja tulkkien liitto julkaisee tulkkiuetteloa.

### **Kun työskentelet tulkin kanssa:**

Varaa riittävästi aikaa vastaanottoon, (kaksinkertainen aika jos suinkin mahdollista). Jaksoitautumalla vie aikaa.

Käytä tulkin kanssa ennen istuntoa aikaa selvittääksesi omat työskentelytapasi ja lähestymistapasi, niin se ei tule yllätyksenä tai hämmennä kesken istunnon. Tarvittaessa anna riittävästi tietoa tulevasta käynnistä, mahdollisista ennakoitavista ongelmista etc. Tämä on suositeltavaa huolimatta siitä, että tulkit ovat usein kiireistä, itse olet kiireinen, aikataulut

puskevat päälle. Pidemmällä tähtäimellä tämä on kuitenkin aikaa säästävää toimintaa ja johtaa parempaan osuvampaan arviointiin.

Järjestä ”setting” tai tuolit niin, että niistä muodostuu tasainen kolmio. Ota huomioon potilaan mahdolliset erityispiirteet, esim. huono kuulo toisessa korvassa.

Pidä asiakkaaseen pääsääntöisesti katsekontakti. Potilaat katsovat usein pääsääntöisesti tulkkiin, mikä voi tuntua alussa oudolta. Oma katsekontakti aina potilaaseen on selkeä pääsääntö.

Puhu potilaalle ensimmäisessä aikamuodossa eli ”Sinä” ja ”Minä”, ei ”Hän” tai ”Se”, ”Älä tee näin: ”Sano Hänelle”. Tämä selkeyttää rooleja ja vähentää väärinymmärrysten vaaraa.

Puhu hitaasti ja selkeästi ja pyri käyttämään kirjakieltä. Vältä slangia ja suomenkielen murre sanoja tai ”lääkäriinslangia, vaikeaselkoista ammattisanastoa”. Yksi tai kaksi lausetta kerrallaan, niin että ne voidaan kääntää oikein ja täsmällisesti. Varaudu myös siihen että tulkki voi tehdä täydentäviä kysymyksiä.

Varmistu siitä, että kaikki mitä sinä tai potilas sanoo tulee asianmukaisesti käännettyä. Tämän voi tehdä selväksi jo alkuesittelyssä, kun kerrotan kuka olet ja mikä on esimerkiksi tulkin rooli tilanteessa.

Yritä jättää tulkkauksen jälkeen lyhyt aika tulkin kanssa keskusteluun, etenkin, jos käynnillä on tullut esiin voimakkaita tunteita. Älä kuitenkaan jää tulkin kanssa kahden, kun potilas poistuu vaan tapaa tulkki erikseen.

#### ERITYISESTI MIELENTERVEYSTULKKAUKSESSA MUISTETTAVIA ASIOITA:

Mielenterveysammattilainen on vain ja ainoastaan vastuussa haastattelun tai keskustelun johtamisesta ja hän myös on velvollinen kontrolloimaan tilannetta.

Lapsia tai perheenjäseniä ei tule käyttää tulkkina mielenterveystulkkauksessa. Ainoastaan heitä voi käyttää perustietojen antamisessa kuten osoite ja nimi. Ja joissakin hätätilanteissa, kun mitään muita palveluja ei ole saatavissa. Tämä on mielestäni ehdoton kieltö.

Kliinisessä konsultaatiossa tai mielenterveysarvioinnissa ei ole sopivaa käyttää puhelin-tulkkausta. Se on selkeästi vasta-aiheista ja eikä ole hyväksyttävää. Puhelintulkkausta voi käyttää samoin kuin lapsia ja lähiomaisia vain perustietojen varmistamiseen. Esimerkiksi Kidutettujen kuntoutuskeskuksessa on selkeä peruslinjaus: Puhelintulkkaus ei kuulu yksikön hoitokäytäntöihin, se ei ole laadukasta hoitoa, se ei ole eettisesti hyväksyttävää, eikä se kuulu hyvään psykiatriseen hoitokäytäntöön, eikä riittävän hyvään moniammatilliseen kuntoutukseen.

Yritä järjestää aina sama tulkki koko hoidon ajaksi, jos kaikki osapuolet ovat tyytyväisiä tulkkiin. Suositeltavaa on myös sarja-aikojen varaus perättäisiin tulkkauksiin.

Vältä tunnin aikana pitkiä keskusteluja tulkin kanssa, koska se johtaa helposti potilaan/perheen jäämiseen syrjään tai he kokevat olevansa tilanteessa ulkopuolisia. Jos keskustelua ei voi välttää, kerro perheelle miksi näin menetellään.

Tulkin valmistaminen tulkkaustilanteeseen tulee tapahtua ennen tilannetta, ei sen aikana. Samoin jos tulkkaustilanteessa tulee epäselvyyksiä, nämä on pääsääntöisesti käsiteltävä tulkkauksen jälkeen.

Varmistu siitä, että kaikki mahdollinen annettu informaatio tulee huolellisesti käännettyä ja myös toisinpäin varmista, että se mitä potilas on sanonut tulee myös käännettyä.

Joskus potilaat/perheenjäsenet kertovat tulkille jotain sellaista, mitä he eivät halua saatettavan hoitohenkilökunnan tietoon. Tähän auttaa tulkin roolin palauttaminen. Samoin kaikki mitä henkilökunta välittää tulisi kääntää.

Suomessa tarvitaan selkeä ohjekirjanen, CD tms. tulkin käytöstä. Ohjeistukselle on selkeä tilaus niin käytännön työssä kuin sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa.

Selvitysmies on tämän selonteon yhteydessä koonnut aineistoa ja työstänyt Suomen oloihin käytännönläheistä ohjeistusta sosiaali- ja terveydenhuollon ja erityisesti mielenterveystulkauksen peruseriaatteista maassamme.

Ohjekirjanen ilmestyy loppuvuonna vuonna 2005. Mahdollinen kustantaja on vielä auki.



## KIRJALLISUUS

### Kansainvälinen kirjallisuus:

- Ager A; Mental Health in Refugee Populations (1993): A Review: Boston Mass: Harvard Center for Study of Culture and Medicine.
- Asylum Seekers: meeting their healthcare needs (2002), British Medical Association ISBN: 0 7279 1748 X. Tukimus on ollut Saatavilla myös <http://www.bma.org.uk>
- Basoglu Metin (1992) Torture and its Consequences: current treatment approaches ISBN 0-521-39299-3 (hc), Cambridge University Press
- Bhurga Dinesh & Jones Peter (2001) Migration and mental illness. Advances in Psychiatric Treatment (2001), Vol 7, pp.216-223
- Kristal-Andersson, Binnie (2000): "Psychology of the refugee, the immigrant and their children. Development of a conceptual framework and application to psychotherapeutic and related support work. Lund Sweden. Department of Psychology University of Lund. ISBN 91-88598-02-0, Lund
- Boehlein JK, Kinzie JD; Refugee Trauma(1995). Transcultural Psychiatr Res Rev. 1995; 32:223-251.
- Burnett Angela (2002) Guide to Health Workers Providing Care for Asylum Seekers and Refugees. Medical Foundation Series ISBN?
- Burnett A & Peel M. (2001) The health of survivors of torture and organised violence. Bmj, 2001;322:606-609
- Cochrane, R & Bal, S.S.(1987) Migration and schizophrenia: an examination of five hypothesis. Social Psychiatry, 22, 180-191.
- Drozdek B (1997), Follow-up study of concentration camp survivors from Bosnia- Herzegovina: three years later. The Journal of Nervous and Mental Disease 1997;185(11):690-4
- Dyregrov Atle, Gupta Leila, Gjestad Rolf, and Raudalen Magne (2002) Is Culture Always Right? Traumatology, Vol 8, No.3
- Examining Asylum Seekers (2001), A Health Professional's Guide to Medical and Psychological Evaluations of Torture.. Physicians for Human Rights. ISBN 1-879707-36-5, Ollut saatavissa <http://www.phrusa.org>
- Goldfield A, Mollica R, Pesavento B, Faraone S(1988). The physical and psychological sequela of torture. The Journal of American Medical Association 1988;259(18):2725-9.
- Guus van der Veer (1998): Counselling and Therapy with Refugees and Victims of Trauma, Second edition, Psychological Problems of Victims of War, Torture and Repression, JOHN WILEY & SONS. ISBN 0-471-98227-X
- Istanbul Protocol, Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. 1999 ISBN 92-1-154136-0, ISSN 1020-1688
- Istanbul Protocol, Submitted to the United Nations High Commissioner for Human Rights United Nations publication, Sales No.E.01.XIV.1 Asiakirja on netistä saatavissa [http://www.phrusa.org/research/istanbul\\_protocol/](http://www.phrusa.org/research/istanbul_protocol/)
- Kokanovic Renata, Petersen Alan, Mitchell Vlasta, Hnasen Susan (2001), Care -giving and the social construction of 'mental illness in immigrant communities. Eastern Perth Public and

- Community & Health Unit & Murdoch University. ISBN 0 9577567 4 7,  
<http://www.rph.wa.gov.au>
- Kira, Ibrahim Aref (2002): Torture Assessment and Treatment: The Wraparound Approach. Traumatology, Vol.8, No. 2 (June 2002)
- Marsella A. J, Friedman, M. J., Gerrity, E.T., & Scurfield, R. M. (1996)  
 Ethnocultural Aspects of PTSD: some closing  
 thoughts. In Marsella A.J, Friedman, M.J.,...(Eds.), Ethnocultural aspects of posttraumatic stress  
 disorder. Washington: American Psychological Association.
- Mental health shared care for ethnic communities -a handbook (2001) Brisbane Inner South Division of General Practice. June 2001 ISBN 0 -9579120-0-5
- Minas Harry, Stankovska Malina, and Ziguras Stephen (2001) Working with Interpreters: Guidelines for Mental Health Professionals, Victorian Transcultural Psychiatry Unit. ISBN 0 9585954 4 5 .[Http://www.vtpu.org.au](http://www.vtpu.org.au)
- Mulvihill Mary Ann, Mailloux Louse and Atkins Wendy (2001) Advancing Policy and Research Responses to Immigrant and Refugee women's Health in Canada. Prepared for: The Centres of Excellence in Women's Health. Canadian Women's Health Network ISBN 0-9689285-2-8. [www.cwhn.ca](http://www.cwhn.ca)
- Orley J. Psychological disorders among refugees: some clinical and epidemiological considerations (1994). In: Marsella A.J... American Psychological Association Press; 1994:193-206.
- Psychological Consequences of Disasters: Prevention and Management (1992). Geneva, Switzerland: World Health Organization, Division of Mental Health; 1992
- Refugee Reports, Vol. 18, No 9 (1997) A Cry For Help: Refugee Mental Health in United States  
[http://www.refugees.org/world/articles/mentalhlth\\_n97\\_9.htm](http://www.refugees.org/world/articles/mentalhlth_n97_9.htm)
- Söndergaard Hans Peter (2002) "Post-traumatic stress disorder and life events among recently resettled refugees". Stockholm Sweden. Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Psychosocial Factors and Health ISBN: 91-7349-318-X
- Westermeyer Joseph (1989) Psychiatric Care of Migrants: a Clinical Guide. 1989 American Psychiatric Press, Inc. ISBN 0-88048-175-7
- Who- Declaration of Cooperation Mental Health of Refugees, Displaced and other populations affected by conflict and post-conflict situations (2000), Geneva
- Williams Mary Beth, Poijula Soili (2002), The PTSD Workbook, Simple, Effective Techniques for Overcoming Traumatic Stress Symptoms, New Harbinger Publications ISBN 1-57224-282-5, Oakland
- World Medical Association. The Declaration of Tokyo: 1975. Dan Med Bull. 1987;34:203-204

## Kotimaiset Lähteet

- Abdulkadir Sheikh Mao (2003) Keinot hallussa. Viranomaisten ratkaisemia kulttuuriristiriitoja Kansainvälinen kulttuurikeskus Caisa ja Avoin Oppimiskeskus –projekti. ISBN: 952-473-044-8, Helsinki
- Ali Tolppa-Niitamo Anne (1994a) Kun kulttuurit kohtaavat - matkaopas maahanmuuttajan kohtaamiseen ja kulttuurien väliseen vuorovaikutukseen. Suomen mielenterveysseura, sairaanhoitajien koulutussäätiö. Keuruu
- Ali Tolppa-Niitamo Anne (1994b) Somalipakolaiset Helsingissä. Sosiaaliset verkostot ja klaanijäsenyyden merkitys. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1994:10. Helsinki
- Aromaa A., Joukamaa M., Jyrkinen E., Lahtela K., Lehtinen V., Maatela J., Raitasalo R., (1990) Prevalence of mental disorders among adults in Finland: Results from the Mini-Finland Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990b;81:426-431
- Aromaa A., Joukamaa M., Jyrkinen E., Lahtela K., Lehtinen V., Maatela J., Raitasalo R., (1990) Prevalence of mental disorders among adults in Finland: Results from the Mini-Finland Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990a: 81:418-425
- Ekholm E. (1994) Syrjäytyä vai selviytyä - pakolaisen elämää Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 9. Helsinki. Painatuskeskus Oy
- Forslander Annika (2002) Luottamuksen ehdot. Maahanmuuttajat 1990-luvun suomalaisilla työmarkkinoilla. Väestöntutkimuksen julkaisusarja D 39/2002. väestöntutkimuslaitos, Väestöliitto
- Forsten-Lindman Nina (1998) Pakolaislasten seurantatutkimus Turussa 1995-2000: Ensimmäinen osaraportti vuosilta 1995-1997. Turun kaupungin sosiaalikeskuksen julkaisu ISSN 078-8896;6/1998.
- Helander Reetta, Mikkonen Anna (2002) Ikävä äitiä... Ilman huoltajaa tulleet pakolaislapset Suomessa. Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos E 13/2002. Helsinki
- Hirstiö-Snellman, Paula, Mäkelä Marjukka (1998) Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveystalvelujen asiakkaina. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1998:12
- Joukamaa, Matti (2003) Mielenterveyshäiriöt koskettavat jokaista meitä, Suomen psykiatriyhdistys ry 90 vuotta. Helsinki, ISBN 952-915926-9
- Joukamaa M, Lehtinen V, Karlsson H (1994) The ability of general practioners to detect mental disorders in primary health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;91:52-56.
- Kuusi U. (2000) Ikääntyvät maahanmuuttajat Suomessa, Mamu-projektin loppuraportti. Vanhustyön keskusliitto, raportti 3/2000.
- Nurmi Reet ja Helander Reetta (2002) Väkiältä ei tunne kulttuurisia rajoja. Maahanmuuttajanaiisiin kohdistuva väkiältä Suomessa. Naisiin kohdistuvan väkivallan ja prostituution ehkäisyhanke 1998-2002 Sosiaali- ja terveysministeriö & Sosiaali- ja trveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, STAKES. ISBN 951-33-1347-6. Yliopistopaino, Helsinki
- Maahanmuuttajalasten ja -nuorten mielenterveystalvelut –työryhmä (2002) Espoon kotouttamisohjelman jatkotyöryhmän loppuraportti tammikuu 2002
- Manninen Milla, Vaarama Marja, Voutilainen Päivi (2003) Minority Elderly Care In Europe, Country Profiles Finland. PRIAE Policy Research Institute On Ageing and Ethnicity, s. 115-131
- Marjeta Maarit (1998) Kotimaassa tiedettiin kuka minä olen. Selvitys maahanmuuttajien kotoutumisesta. Opetushallitus. Moniste 48/1998.

- Mielenterveystyö ja psykososiaalinen tukeminen (2002) Oulun vastaanottokeskuksen kehittämisprojekti vuosilta 1999-2002. Maahanmuuttoasiaa nro 8. Työministeriön julkaisu <http://www.mol.fi/migration/>
- Mikkonen Anna ja työryhmä (2002) Yksin Suomessa: Ilman huoltajaa tulleiden lasten asema Suomessa kansainvälisen suositusten valossa. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.
- Moisander, Pia A ; Edston Erik (2003), Torture and its sequel – a comparison between victims from six countries . Forensic Science International, 137 (2-3): pp.133-140, ISS: 0379-0738
- Muurinaho Jyrki (1999) Ulkomaalaisten Kriisikeskus 1989- 1999. Suomen Mielenterveysseura 1999.
- Pirkola S, Lönnqvist J. ja mielenterveyden työryhmä (2002) Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa, toim. Aromaa A ja Koskinen S, Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki.
- Puro Päivi (2001) Venäjänkieliset huumeidenkäyttäjät pääkaupunkiseudulla 2001. Päihdetyön kokemuksia ja näkemyksiä maahanmuuttajanuorten päihdeongelmista ja niiden ratkaisumalleista Helsingin diakonissalaitos, huumetyön kehittämisyksikkö/ Venpro-Pycnp - Venäjänkielisten maahanmuuttajanuorten huumetyön kehittämisprojekti 28.9.2001
- Puro, Päivi (2002) Huumetyön monikulttuuriset kontekstit - Professiokokemus ja asiantuntijuuden rakentuminen venäjänkielisten maahanmuuttajien huumetyön projekteissa pääkaupunkiseudulla vuonna 2002. Helsingin Diakonissalaitos Venpro-Pycnp - Venäjänkielisten maahanmuuttajanuorten huumetyön kehittämisprojekti 28.11.2002
- Pylkkänen Kari (2003) Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. NUOTTA-projektin loppuraportti 2003. Helsinki . s.115 (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä ISSN 1236-2115;3002:13)
- Saraneva Kristina (2002) Trauma ja pakolaisuus .Psykoanalyttinen käsitys traumasta ja sen hoidosta pakolais- ja siirtolaiskohtaloissa. Teoksessa trauman monet kasvot, toim. Haaramo Soili ja Palonen Kirsti. Psykkinen trauma sisäisenä kokemuksena Sivut 49-96, ISBN 951-97393-5-1Therapeia-säätiö, Pieksämäki
- Sourander, Andre (1998) Behaviour Problems and Traumatic events of Unaccompanied Refugee Minors. Child Abuse & Neglect (22) 7: 719-727
- Söderling Ismo (ed.) (1998) A Changing Pattern of Migration in Finland and its Surroundings.Publications of the Population Reserch Institute. series D 32/1998. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 32/1998. ISBN 952 -9605-34-X
- Takalo Pirjo (1994) Inkerinsuomalaiset paluumuuttajina. Selvitys Inkerinsuomalaisten integraatiosta ja viranomaispalvelujen käytöstä. Sosiaali- ja terveysministeriä 1994:20 Helsinki
- Takalo Pirjo & Mari Juote (1995) Inkerinsuomalaiset. Sosiaali -ja terveysministeriö. Pakolaistointo. Edita 1995. Helsinki
- Tuori T., Kiikkala I., Lehtinen V. (2000) Psykiatrisen hoidon järjestämisestä ja resursseista 1990-luvulla. Suomen lääkirilehti 2000; 44:4533-8.
- Työnjako ja työrasitus mielenterveyspalveluissa (2004). Työnjakoa ja työnrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:5 Sosiaali- ja terveysministeriö
- Uusijärvi Alli (2003) Miten Helsingissä hoidetaan maahanmuuttajataustaisten lasten mielenterveystä? Selvitys maahanmuuttajataustaisten lasten mielenterveystilanteesta ja palvelujärjes-



telmän kehittämishaasteista. Helsingin kaupunki. Sosiaalivirasto. Terveysvirasto. Mielen-  
terveysprojekti 31.10.2003

Valtonen Kathleen (1999) Pakolaisten integraatio Suomeen 1990-luvulla. Työhallinnon julkaisu  
Nro228. Työministeriö.

Viljanen Anna Maria (2004) Aika, paikka ja hulluus:kulttuurisia näkökulmia psykopatologiaan.  
Tieteessä tapahtuu s.32-38

## **Muita**

Aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut-työryhmän loppuraportti (2002). Espoon ko-  
touttamisohjelman jatkotyöryhmän loppuraportti. Espoo

Helsingin säilöönottoyksikön toimintakertomus 2003, Helsinki Sosiaalivirasto

Helsingin Vastaanottokeskuksen toimintakertomus 2002 , Helsinki Sosialivirasto

Helsingin vastaanottokeskuksen toimintakertomus 2003, Helsinki Sosiaalivirasto

Lounais-Suomen Mielenterveysseura ry:n JANGSTRI-PROJEKTI.(2002)

Maahanmuuttajalasten ja –nuoreten hyvinvoinnin lisäämiseksi 2000-2001

Launiala Annika, Mwova Margaret, Pishhegar Zahra (2004).Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökun-  
nan kokemuksia kohtamisesta Tampereen terveydenhuoltojärjestelmässä. Maahnmuutta-  
jien sosiaali- ja terveysasioiden edistämiskeskus (MAP)

Selviydy Suomessa! –Projekti Loppuraportti (2002), Airola Kirsti, Eskelinen Kati, Uyulu Matwe-  
ba-Umaly. Helsingin Diakonissilaitoksen julkaisu

Suomen mielenterveysseura, VUOSIKIRJA 2003: Mielenterveyteen panostaminen on pan panos-  
tusta tulevaisuuteen,ISBN 952-5513-05-X, Forssa

Suomen Psykatriyhdistys ry 90 vuotta, Juhlakirja (2003),Koonneet: Joukamaa Matti, Korkeila  
Kyri, Salokangas Raimo, Valkama Heimo ISBN 952-915926-9,Helsinki

Työministeriön ohje (O/1/2000 TM) maahanmuuttajien kielipalveluista ja pakolaisten, turvapai-  
kanhakijoiden ja paluumuuttajien asioimistlkkaus- ja käännösplavelujen korvaamisesta.

Työministeriön ohje (O/3/2005/TM) maahanmuuttajienkilipalveluista ja pakolaisten, turvapaikan-  
hakijoiden ja paluumuuttajien kielipalveluista ja käännöspalvelujen korvaamisesta

Ulkomaalaisten kriisikeskus 1989 1999 (1999), Teksti Muurinaho Jyrki. Keskuksen toiminnan 10-  
vuotisjulkaisu. Suomen mielenterveysseura Saatavilla SOS-KESKUKSESTA

Ulkomaalaispalvelut (2003), Terveidenhuoltoyksikkö,Turvapaikanhakijat Sosiaali-ja Terveystoimi  
Tuha 6/03 IP,Tampereen kaupunki

Ulkomaalaispalvelut (2003), Terveidenhuoltoyksikkö, Maahanmuuttajat Sosiaali-ja terveytoimi,  
Mamu 6/03 IP, Tampereen kaupunki

Vähemmistövaltuutettu(2003); Kertomus vähemmistövaltuutetun toimialalta vuonna 2003

**Sähköiset osoitteet ja muut lähteet:**

Kotimaisia viranomaistahoja

Kansaneläkelaitos, tilastoja kotoutumistuen saajista, <http://www.kela.fi>

Opetushallitus, <http://www.edu.fi/oppimateriaalit/>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, <http://www.stm.fi>

Stakes, <http://www.stakes.fi>

Suomen Pakolaisapu, <http://www.pakolaisapu.fi>

Työministeriö, <http://www.mol.fi>

Ulkoasiainministeriö, <http://www.formin.fi>

Ulkomaalaisvirasto, <http://www.uvi.fi>

Väestöliitto väestöntutkimuslaitos, <http://www.vaestoliitto.fi>

Väestörekisterikeskus, <http://www.vaestorekisterikeskus.fi>

Tilastokeskus, <http://www.tilastokeskus.fi>

Siirtolaisuusinstituutin muuttoliiketilastoja. <http://www.migrationsinstitute.fi>

**Kansainvälisiä linkkejä**

IRCT (International Rehabilitation Council for Torture Survivors), <http://www.ict.org>

Migration Information Source, Migration Policy Institute, USA,  
<http://www.migrationinformation.org>

Multicultural Mental Health Australia (Formerly Australian Transcultural Mental Health Network),  
<http://www.mmha.org.au/>

UNHCR (The United Nations High Commissioner for Refugees) sivuilta löytyy maailman pakolais-  
tilanteesta ajankohtaista tilastoja ja muuta tietoa mm. pakolaisuudesta ja muista ajankohtaisiin  
liittyvistä tapahtumista ja ilmiöistä <http://www.unhcr.ch>

**Kts. myös vuoden**

2003 Global Refugee Trends, Statistic Yearbook 2002, United Nations, <http://www.un.org>

Victorian Transcultural Psychiatric Unit. Suositeltava sivusto, runsaasti transkulttuuritietoutta,  
sekä usealla eri kielellä saatavilla valmiita potilasohjeita ja oppaita. Hyvä kirjasto ja  
inkkisivusto. <http://www.vtpu.org.au>

Worldwide Refugee Information, U.S., [www.refugees.org](http://www.refugees.org)

Cemes, The Centre for European Migration and Ethnic Studies, [www.cemes.org](http://www.cemes.org)

## LIITE 1

### *Selonteon kokoamisen yhteydessä käydyt keskeiset keskustelut ja haastattelut*

Selonteon yhteydessä keskusteluja ja haastatteluja on käyty mm. seuraavien tahojen kanssa:

- Lapinlahden sairaala osasto 3., osastonhoitaja+koko työryhmä yhteinen koulutus-tilaisuus
- Auroran sairaala, päivystysalue, osastonhoitaja Vihervä
- Itäinen terveyskeskus, psykiatrian poliklinikka:
- Apulaisylilääkäri Kaarina, Roth ja vastaava sosiaalityöntekijä Kari Väisänen
- Suomen mielenterveysseura, Sos-palvelukeskus, Ulkimalaisyksikkö Johtaja Lena Bremer
- Kajaanin kaupunki Maahanmuuttajapalvelut, johtaja Marja Lähde ja muut työntekijät
- Keskinen terveyskeskus, Terveyskeskuslääkärit Jyrki Lohva ja Taina Laanterä
- Kuntoutusäätiö Helsinki, Lääkäri Hannu Turunen, psykologi Leena Manelius ja kuntoutusluotisi Jaana Lehdonvirta ja muu maahanmuuttajatyöryhmä
- Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, YTHS, Helsinki Johtajapsykiatri Kari Pylkänen
- Helsingin vastaanottokeskus, Johtaja Pekka Nuutinen, psykiatrinen sairaanhoitaja Leena Ignatius, Leena Markkanen ja koko muu työryhmä
- Helsingin säilöönottokeskus, johtaja Veikko Pyykkönen
- Kidutettujen kuntoutuskeskuksen työryhmä
- Psykiatri Tuula Quarshie j, neurologi Helena Ruuskanen, psykologit Carla Schubert ja Atte Varis, fysioterapeutti Pikko Siik-Tuovio ja toimistos sihteeri Tonttila Hannele
- Tampereen mielenterveyskeskuksen kuntoutustyöryhmä maahanmuuttajille; Psykiatrian erikoislääkäri Tapio Halla, Sosiaalityöntekijä Eeva-Liisa Helin, Fysioterapeutti Irma Tähtkävuori
- Kriisikeskus Osviitta Tampere, Tiina Räsänen, vastaava projektityöntekijä Jaana Nguyen ja projektityöntekijä Liisa-Maria Kemppainen
- Turun Ulkomaalaistoimisto, Erityisesti lääkäri Valentina Oroza ja koko muu työryhmä
- Espoon maahanmuuttajayksikkö erikoissairaanhoitaja Marketta Karjalainen
- Helsingin maahanmuuttajayksikkö koko työryhmä tapaaaminen Dagmarinkadulla, sekä keskustelut sosiaalityöntekijä Anthony Iduoze'n kanssa
- Vantaan kaupunki, Monikulttuuriasian neuvottelukunta Psykologi Laineen johdolla (koko työryhmä+tapaaaminen Tikkurilassa)
- Mikkelin maahanmuuttajayksikkö koko työryhmä (vierailu kitussa)
- Jyväskylän maahanmuuttajayksikkö koko työryhmä (vierailu kitussa)
- Jokelainen Kari, sairaanhoitaja, Kotkan vastaanottokeskus
- Niemelä Asko, Apulaisylilääkäri, psykiatrian erikislääkäri OUS
- Pirilä Jouni, psykologi Turun Ulkomaalaistoimisto

- Kidutettujen kuntoutuskeskuksessa työskenneelleet noin kolmekymmentä eri tulkkia, joista selontekoon haastateltiin Sait Aytariia, Karwan Ahmedia
- Pakolaisneuvonnan lakimiehet
- Monika naiset
- Alitolppa-Niitamo, Anne, Väestöliiton Kotipuu
- Helsingin Diakonissalaitoksen Selviydy-Suomessa! –projekti, Airola Kirsti, Eskelinen Kati ja Matweba-Umaly Uyulu
- Helsingin Diakonissalaitoksen Venpro-projekti
- Helsingin Diakonissalaitoksen Diacuro-projekti
- Pokkinen Hannu, Helsingin Diakonissalaitos, Huuti-tieto-ohjelman kautta
- Kidutettujen kuntoutuskeskuksessa selonteon aikana hoidossa olleet kaikki potilaat. Selvitysmiehen hoidossa tai hoitoarviossa oli tuona aikana oli noin 70 yksittäistä potilasta.

## LIITE 2

### *Tilastoja ja kaavioita maahanmuutosta (31.12.2003)*

Maahanmuuttoasiat vuonna 2003 (pdf), Sivut 1-21

www.mol.fi, ([http://www.mol.fi/mol/fi/04\\_maahanmuutto/index.jsp](http://www.mol.fi/mol/fi/04_maahanmuutto/index.jsp))

Suomessa vakituisesti asuvat ulkomaalaiset, [www.uvi.fi](http://www.uvi.fi) (tilastotietoja) 1-4 sivua

Maailman pakolaistilanne, Suomen pakolaisapu, [www.pakolaisapu.fi](http://www.pakolaisapu.fi)

## LIITE 3

### *Maahanmuuttajiin liittyvää sanastoa*

Selvyyden vuoksi lyhyt yhteenveto maahanmuuttajiin liittyvästä perussanastosta (Lähde Työministeriö, [www.mol.fi](http://www.mol.fi)).

**Maahanmuuttaja** = yleiskäsite, jota käytetään kuvaamaan kaikkia maahan muuttaneita henkilöitä

**Ulkomaalainen** = Suomen oikeuden kannalta henkilö, joka ei ole Suomen kansalainen. Ulkomaalainen voi siis olla jonkin toisen maan kansalainen tai kansalaisuutta vailla oleva, esim. turisti, liikemies, tai pitkäaikaisessa tarkoituksessa maahan muuttanut esimerkiksi siirtolainen, pakolainen tai turvapaikanhakija.

**Siirtolainen** = henkilö, joka muuttaa pysyvässä tarkoituksessa toiseen maahan hankkiakseen sieltä toimeentulonsa. Siirtolaisia eivät ole esim. opiskelijat tai turistit.

**Siirtotyöntekijä** = hakeutuu toiseen maahan hankkiakseen elantonsa, mutta ei asetu maahan pysyvästi

**Pakolainen** = henkilö, joka on kotimaansa ulkopuolella ja jolla on perusteltua aihetta pelätä joutuvansa kotimaassaan vainotuksi rodun, uskonnon, kansallisuuden, tiettyyn yhteiskunnalliseen ryhmään kuulumisen, tai poliittisen mielipiteen johdosta (YK:n pakolaisen oikeusasemaa koskevan yleissopimuksen mukaan) Esimerkiksi sota, luonnonkatastrofi tai köyhyys eivät ole YK:n määritelmän mukaisia pakolaisasemaan oikeuttavia syitä. YK:n pakolaissopimuksen määritelmän uudistamistarve on tunnustettu. Pakolaisiksi kutsutaan Suomessa yleensä myös henkilöitä, jotka ovat saaneet jäädä maahan suojelun tarpeen vuoksi tai humanitaarisista syistä.

**Turvapaikanhakija** = henkilö, joka pyytää suojaa ja oleskeluoikeutta vieraasta maasta. Turvapaikkahakemus on jätettävä maahan tullessa tai mahdollisimman pian maahan tulon jälkeen. Turvapaikanhakijan pakolaisuus todetaan vasta hakemukseen annetulla päätöksellä, joten tulisi välttää "pakolainen" sanaa ennen kuin päätös on annettu.

**Kiintiöpakolainen** = henkilö, jolla on YK:n pakolaisasiain päävaltuutetun (UNHCR) myöntämä pakolaisen asema ja jolle on myönnetty maahantulolupa vuosittain valtion tuloja menoarvion yhteydessä päätettävän pakolaiskiintiön puitteissa

**Ulkosuomalainen** = Suomen rajojen ulkopuolella asuva Suomen kansalainen tai syntyperältään suomalainen henkilö, joka pitää itseään suomalaisena.

**Paluumuuttaja** = ulkosuomalainen, joka on pitemmän tai lyhyemmän ajanjakson asunut Suomen rajojen ulkopuolella ja palaa takaisin Suomeen (esim. Ruotsin suomalaiset, Viron ja entisen Neuvostoliiton suomalaiset mm. inkeriläiset jne.).

Paluumuuttajana pakolainen, UNHCR tukee pakolaisten paluumuuttoa, jos olosuhteet kotimaassa ovat muuttuneet siten, että sinne on mahdollisuus palata ja paon syyt poistuneet.

### **Suomen perustuslaki ulkomaalaisista:**

Suomessa asuvia ulkomaalaisia koskevat Suomen perustuslaissa (731/1999) taatut perusoikeudet, jotka ulottuvat pääosin kaikkiin Suomen oikeuspiiriin kuuluviin henkilöihin. Perustuslain 6 § mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vammaisuuden, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Perustuslaissa on säädetty myös oikeudesta omaan kieleen ja kulttuuriin toden 17 §:ssä, että saamelaisilla alkuperäiskansana sekä romaneilla ja muilla ryhmillä on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Suomen kansalaisuuteen liittyvät perusoikeudet ovat lähinnä maahantuloon liittyvät vapaudet sekä ääni- ja vaalioikeudet valtiollisissa vaaleissa.

## LIITE 4.

### *Kuka on turvapaikanhakija?*

(Lähde Pakolaisapu, Työministeriö, Ulkomaalaisvirasto)

Turvapaikanhakija on henkilö, joka anoo turvaa ja kansainvälistä suojelua ja oleskeluoikeutta vieraasta maasta. Turvapaikkahakemus tehdään heti maahan tullessa rajalta tai mahdollisimman pian maahantulon jälkeen. Vain pienelle osalle turvapaikanhakijoista myönnetään pakolaissstatus, joka perustuu henkilökohtaiseen vainoon. Sen sijaan turvapaikanhakija voi saada oleskeluluvan suojeluntarpeen perusteella, kun häntä uhkaa epäinhimillinen tai ihmisarvoa loukkaava kohtelu kotimaassaan. Oleskeluluvan voi saada myös humanitaaristen syiden vuoksi.

YK:n ihmisoikeusjulistus toteaa 14. artiklassaan, että "jokaisella vainon kohteeksi joutuneella on oikeus hakea ja nauttia turvapaikkaa muissa maissa". Valtioiden velvollisuutta tarjota turvaa sitä tarvitseville ei sen sijaan ole kirjattu kansainvälisiin sopimuksiin: se on jätetty valtioiden oman kansallisen lainsäädännön hoidettavaksi. Geneven pakolaissopimus määrittelee tarkoin, kuka on pakolainen. Sopimuksessa ei kuitenkaan anneta määräyksiä turvapaikkamenettelystä, vaan se vaihtelee maittain. Euroopan unionissa pyritään turvapaikkamenettelyn yhtenäistämiseen. Eri valtiot kuitenkin soveltavat omaa kansallista lainsäädäntöään turvapaikanhakijoiden suhteen. Geneven pakolaissopimus kuitenkin kieltää 33. artiklassaan palauttamasta henkilöä alueelle, jossa hänen henkeään tai vapauttaan uhan. Palauttamiskielto on ilmaistu tätäkin voimakkaammin Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimuksessa sekä YK:n kidutuksen vastaisessa yleissopimuksessa.

Maailmalaajuisesti viimevuosina vuosittain noin miljoona ihmistä jättää vuosittain turvapaikkahakemuksen. Euroopan unionin alueella heitä on noin 300 000- 400 000 vuosittain. Turvapaikanhakijoita oli lähes 150 eri maasta. Turvapaikkapäätöksistä vain noin kolmasosa on myönteisiä. Suomessa turvapaikkamenettely perustuu vuoden 1991 ulkomaalaislakiin ja lukuisiin siihen tehtyihin lisäyksiin. Suomessa turvapaikoista päättää ulkomaalaisvirasto

### *Turvapaikkahakemus*

Suomessa turvapaikkaa haetaan joko heti rajalla tai pian maahan saapumisen jälkeen. Turvapaikkahakemus jätetään joko rajaviranomaisille tai poliisille. Turvapaikkahakemuksen jättämisen jälkeen henkilö majoitetaan turvapaikanhakijoille tarkoitettuun vastaanottokeskukseen, joita on eri puolilla Suomea yhteensä 15.

Turvapaikanhakijoiden määrät vaihtelevat vuosittain suuresti, määrät ovat vaihdelleet 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa huomattavasti eri vuosien välillä. Vuonna 2001 oli 1600 hakijaa ja vuonna 2002 3443 hakijaa. Vuoden 2003 loppuun mennessä hakijoita oli tullut 3. Keskimääräinen turvapaikanhakemuksen käsittelyaika on nykyisin noin vuosi.

Varsinaisen turvapaikan saa vuosittain vain muutama henkilö, vuonna 2002 heitä oli 14 ja vuonna 2003 toistaiseksi x ihmistä on saanut turvapaikkapäätöksen. Oleskeluluvan Suomeen 2003 vuonna on saanut turvapaikanhakijaa. Vuonna 2002 heitä oli x. Varsinaisen turvapaikan saa vain hyvin pieni osa, murto-osa hakijoista. Sen sijaan noin 20 prosenttia turvapaikan hakijoista voi jäädä Suomeen suojelun tarpeen ja muiden painavien humanitaaristen syiden perusteella. Turvapaikanhakijoiden määrät ovat Suomessa vähäisiä ja esi-

merkiksi muissa Pohjoismaissa, joissa turvapaikanhakijoiden määrät ovat yli kymmenkertaista.

### *Turvapaikkapuhuttelu*

Turvapaikanhakija voi joutua odottamaan kutsua turvapaikkapuhutteluun jopa kuukausia. Vuoteen 2001 asti puhuttelut on suorittanut paikallispoliisi. Tällöin on ollut tärkeää, että turvapaikanhakijan kertomus on kirjattu oikein ja täydellisesti puhuttelupöytäkirjaan, jonka perusteella ulkomaalaisvirasto on tehnyt päätöksensä. Vuodesta 2001 lähtien myös ulkomaalaisvirasto on tehnyt turvapaikkapuhutteluja. Tavoitteena on, että kaikkien turvapaikanhakijoiden haastattelut siirtyvät ulkomaalaisvirastolle.

Puhuttelun jälkeen ulkomaalaisvirasto päättää, miten turvapaikkamenettelyssä edetään. Myönteinen turvapaikkapäätös voi syntyä vain normaalissa menettelyssä. Kielteinen päätös voidaan tehdä joko nopeutetussa tai normaalissa menettelyssä. Päätöksentekotapa vaikuttaa esimerkiksi siihen, miten henkilö voidaan poistaa maasta.

Jos päätös on myönteinen, hakijalle myönnetään joko turvapaikka (pakolaisasema) tai oleskelulupa suojelun tarpeen perusteella. Oleskelulupa voidaan antaa myös muista syistä. Tämän jälkeen hänet sijoitetaan johonkin kuntaan, jossa hänen kotoutumisensa suomalaisen yhteiskuntaan voi alkaa.

### *Normaalin menettelyn valitusoikeus esimerkkinä monitahoisesta valitusoikeudesta*

Jos ulkomaalaisviraston päätös on kielteinen: Normaalissa menettelyssä ulkomaalaisviraston kielteisestä turvapaikkapäätöksestä voi valittaa Helsingin hallinto-oikeuteen. Oikeudessa asiaa voidaan käsitellä myös suullisesti. Turvapaikanhakija saa oleskella Suomessa oikeuskäsittelyn aikana. Helsingin hallinto-oikeus voi kumota ulkomaalaisviraston päätöksen ja katsoa hakijan olevan joko pakolainen (turvapaikka) tai suojelun tarpeessa. Käännytyspäätös voidaan kumota myös muista syistä.

Jos Helsingin hallinto-oikeus ei muuta ulkomaalaisviraston päätöstä, voidaan korkeimmalta hallinto-oikeudelta anoa valituslupaa. Helsingin hallinto-oikeuden päätöksen jälkeen turvapaikanhakijan käännytys voidaan kuitenkin panna täytäntöön, ellei korkein hallinto-oikeus ole päättänyt käännytyksen keskeytyksestä.

Jos korkein hallinto-oikeus myöntää valitusluvan ja tutkii turvapaikanhakijan asian, päätös voi olla myönteinen tai kielteinen. Käytännössä valituslupia myönnetään harvoin, ja yleensä Helsingin hallinto-oikeuden päätös on lopullinen.

### *Säilöönotto*

Jos hakijan henkilöllisyydessä tai matkareitissä Suomeen on epäselvyyksiä, hänet saatetaan ottaa säilöön. Tämä on entistä tavallisempaa, koska pakolaisella on harvoin mahdollisuutta hankkia pakomatkalleen virallista henkilöllisyydestodistusta, passia tai muuta matkustusasiakirjaa. Sen sijaan hän joutuu turvautumaan ihmisalakuljettajiin, matkustusdokumenttien värentäjiin tai pakenemaan kokonaan ilman passia ja viisumia.

YK:n pakolaisjärjestö UNHCR:n mielestä turvapaikanhakijoita ei tule säilyttää samoissa tiloissa rikoksesta epäiltyjen ja tuomittujen kanssa. Suomessa säilöön otettuja turvapaikanhakijoita on sijoitettu Helsingissä entiseen Katajanokan vankilaan perustettuun suljettuun vastaanottokeskukseen sekä muihin poliisivankiloihin eri puolilla Suomea. Vasta kansain-



välisen kritiikin seurauksena säilöön otetuille turvapaikanhakijoille on valmistumassa vuoden 2004 aikana asianmukaiset tilat Helsingin Metsälään.

Turvapaikanhakijan säilöönotto kestää keskimäärin pari viikkoa, joskus myös pidempään. Säilöönoton jatkamisesta päättää käräjäoikeus kahden viikon välein. Arviolta noin 10-15 prosenttia turvapaikanhakijoista otetaan vuosittain säilöön. Säilöönottoaikana poliisi selvittää turvapaikanhakijan henkilöllisyyttä ja matkareittiä. Tämä tapahtuu esimerkiksi lähettämällä sormenjälkivertailupyyntöjä eri EU-maiden viranomaisille. Dublinin sopimuksessa EU-valtiot ovat sopineet siitä, mikä maa on velvollinen tutkimaan turvapaikkahakemuksen, jos hakija on ollut useassa EU-maassa. Jos selviää, että hakija on ollut esimerkiksi Ruotsissa ennen Suomeen tuloaan, hänet pääsääntöisesti lähetetään Ruotsiin turvapaikanhakuprosessiin.

Myös kielteisen päätöksen saanut eli käännytettävä turvapaikanhakija tai muutoin karkotettava ulkomaalainen voidaan ottaa säilöön ennen kuin ryhdytään hänen maasta poistamiseen.

## LIITE 5.

### *Tulkkikeskukset:*

Lopuksi tulkkikeskusten, vastaanottokeskusten ja pienryhmäkotien osoitteita:

Työministeriö  
Maahanmuutto- ja työlupa-asiat

### *Tulkkikeskukset*

Helsingin seudun asioimistulkkikeskus  
Lehdokkitie 2 B  
01300 VANTAA  
Puh.: 09-839 20040/tulkkivälit. 09-839 20020/käännösvälit  
09-839 20023/asiakaskoul. 09-839 20013/johtaja  
Fax: 09-839 20019  
s-posti: [tulkkikeskus@vantaa.fi](mailto:tulkkikeskus@vantaa.fi)  
Kotisivu: <http://www.vantaa.fi/tulkkikeskus>

Helsingin Tulkkipalvelut Oy  
PL 94  
00371 Helsinki  
puh. 09 - 2243 3828  
faksi 09 - 2243 3829  
[myynti@helsingintulkkipalvelut.fi](mailto:myynti@helsingintulkkipalvelut.fi)  
[www.helsingintulkkipalvelut.fi](http://www.helsingintulkkipalvelut.fi)

Keski-Suomen tulkkikeskus/Jyväskylän kaupunki  
Yliopistonkatu 30 C 3 krs.  
40100 JYVÄSKYLÄ  
Puh.: 014-626 573  
Fax: 014-626 578  
s-posti: [tulkkikeskus@jkl.fi](mailto:tulkkikeskus@jkl.fi)  
Kotisivu: <http://www.jyvaskyla.fi>

Lahden seudun tulkkikeskus  
PL 116/Saimaankatu 64  
15101 LAHTI  
Puh.: 03-8103 282/tulkkiväl.  
Fax: 03-8103 270  
s-posti: [riitta.wallin@lahti.fi](mailto:riitta.wallin@lahti.fi)  
Kotisivu:

Lingua Nordica Oy  
PL 12  
00501 HELSINKI  
Puh.: 09-7740 180/tulkkipalvelu 09-7740 1825/käänn.palv.  
09-7740 1827/koulutus 09-7740 1838/toim.joht.  
Fax: 09-7740 1888  
s-posti: translation@linguanordica.fi  
Kotisivu: <http://www.linguanordica.fi/>

Pirkanmaan tulkkikeskus  
Pohjolankatu 25 B  
33500 TAMPERE  
Puh.: 03-3147 7314/tulkkiväl.  
Fax: 03-3147 5290  
s-posti: janne.salo@tt.tampere.fi

Pohjanmaan tulkkikeskus  
Korsholmanpuistikko 6-8, Rak. 23  
65100 VAASA  
Puh.: 06-325 2941/tulkkivälitys 06- 325 2950/tulkkikoord.  
Fax: 06-325 2946  
s-posti: seija.routamaa@vaasa.fi  
Kotisivu:

Pohjois-Suomen tulkkipalvelu  
PL 60  
90015 OULU  
Puh.: 08-5584 1856/tulkinvälit. 08-558 4 1860/laskutus  
08-558 4 1855/tulkkikoord 08-558 41861/käänn.palv.  
Fax: 08-558 4 1872  
s-posti: tulkkipalvelu@ouka.fi  
Kotisivu: <http://www.ouka.fi/tulkkipalvelu>

Turun seudun tulkkikeskus  
Marjatta Nieminen  
Rauhankatu 14 b C  
20100 TURKU  
Puh.: 02-2626 322/johtaja 02-2626 321/tulkkivälit.  
02-2626 325/käänn.palv.  
Fax: 02-2626 577  
s-posti: marjatta.nieminen@turku.fi  
Kotisivu: <http://www.turku.fi/soske/turunseuduntulkkikeskus/>

## LIITE 6.

### *Vastaanottokeskukset ja perheryhmäkodit:*

Työministeriö  
Maahanmuutto- ja työlupa-asiat

#### **Vastaanottokeskukset**

Helsingin säilöönottoyksikkö  
Johtaja  
Veikko Pyykkönen  
Vyökatu 1-3  
00160 HELSINKI  
Puh.: 09-3104 2770  
Fax: 09-3104 2780  
s-posti: veikko.pyykkonen@hel.fi  
Kotisivu:

Helsingin vastaanottokeskus  
Johtaja  
Pekka Nuutinen  
PL 58850  
00099 HELSINGIN KAUPUNKI  
Puh.: 09-3104 2900  
Fax: 09-3104 2912  
s-posti: pekka.nuutinen@soster.hel.fi  
Kotisivu:

Joutsenon vastaanottokeskus  
Johtaja  
Maiju Kouki  
Tiurunientie 250  
55330 TIURUNIEMI  
Puh.: 010 60 43961  
Fax: 010 60 43977  
s-posti: maiju.kouki@mol.fi  
Kotisivu:

## Kajaanin vastaanottokeskus

Johtaja

Marja Lähde

Lönnrotinkatu 3, II krs

87100 Kajaani

Puh.: 08-615 52750

Fax: 08-660 4455

s-posti: marja.lahde@kajaani.fi

Kotisivu:

## Kontiolahden vastaanottokeskus

Johtaja

Marja-Leena Pihlatie

Sairaالاتie 6 b

80850 PAIHOLA

Puh.: 013-894 571

Fax: 013-228 675

s-posti: marja-leena.pihlatie@vok.kontiolahti.fi

## Kotkan vastaanottokeskus

Johtaja

Pirjo Puolakka

Sammonkatu 17

48600 KARHULA

Puh.: 05-234 5860

Fax: 05-234 5864

s-posti: pirjo.puolakka@kotka.fi

Kotisivu:

## Oravaisten vastaanottokeskus

Johtaja

Mats Hägglund

PL 12

66801 ORAVAINEN

Puh.: 06-3851 100

Fax: 06-385 0851

s-posti: off@oravais.fi

Kotisivu:

## Oulun vastaanottokeskus

Johtaja

Riitta Lukkaroinen

Heikinharjuntie 66

90630 OULU

Puh.: 010 60 44190

Fax: 010 60 44219

s-posti: riitta.lukkaroinen@mol.fi

Kotisivu:

## Perniön vastaanottokeskus

Johtaja

Jorma Kuuluvainen

Germundsvidjantie 181

25610 YLÖNKYLÄ

Puh.: 010 60 75010

Fax: 010 60 75016

s-posti: jorma.kuuluvainen@mol.fi

Kotisivu:

## Punkalaitumen vastaanottokeskus

Johtaja

Marja Vakkala

Kostilantie 301

31900 PUNKALOIDUN

Puh.: 02-767 0397

Fax: 02-767 4373

s-posti: marja.vakkala@kolumbus.fi

Kotisivu:

## Rovaniemen vastaanottokeskus

Johtaja

Sirkka-Liisa Oinaala

Vaaranlaita 2 B 6

96400 ROVANIEMI

Puh.: 016-365 701

Fax: 016-365 710

s-posti: rovaniemi.vok@co.inet.fi

## Ruukin vastaanottokeskus

Johtaja

Ari Haaranen

Tuomiojantie 513

92400 RUUKKI

Puh.: 08-270 7500

Fax: 08-270 7599

s-posti: ari.haaranen@ruukki.fi

Kotisivu: <http://www.ruukki.fi/vok.htm>

## Tampereen vastaanottokeskus

Johtaja

Virpi Tolonen

Pohjolankatu 25 A

33500 TAMPERE

Puh.: 03-3147 7540

Fax: 03-3147 7524

s-posti: virpi.tolonen@tt.tampere.fi

Kotisivu:

## Turun vastaanottokeskus

Johtaja

Ritva Tuohiniemi

Metallikatu 6 C

20240 TURKU

Puh.: 02-276 4111

Fax: 02-2764 100

s-posti: ritva.tuohiniemi@redcross.fi

Kotisivu: <http://www.redcross.fi/varsinais-suomi/vastaanotto.html>

## Vaasan vastaanottokeskus

Johtaja

Anna-Liisa Kittilä

Kauppapuistikko 23 A

65100 VAASA

Puh.: 06-325 2937

Fax: 06-317 3214

s-posti: anna-liisa.kittila@vaasa.fi

Kotisivu:

30.11.2004

**Perheryhmäkodit**

## Kansainvälinen lastenkoti

Johtaja

Anita Kytökangas

Mikkolantie 34

00640 HELSINKI

Puh.: 09-728 6304 09-728 6301

Fax: 09-728 6308

s-posti: anita.kytokangas@folkhalsan.fi

Kotisivu:

Kivenlahden perheryhmäkoti  
Johtaja  
Stella Porvali  
Merivirta 8-10 D 33  
02320 ESPOO  
Puh.: 09-8164 8991  
Fax: 09-8164 8992  
s-posti: stella.porvali@espoo.fi  
Kotisivu:

Kontiolahden ryhmä- ja perheryhmäkoti  
Kontiolahden vastaanottokeskus  
Sairaalantie  
80850 PAIHOLA  
Puh.: 013-220 726  
Fax: 013-224 316  
s-posti: marja-leena.pihlatie@vok.kontiolahti.fi  
Kotisivu:

Naantalin ryhmäkoti  
Emännänpolku 5  
21100 NAANTALI  
Puh.: 02-438 4574  
Fax: 02-438 4411  
s-posti: ritva.tuohiniemi@redcross.fi  
Kotisivu:

Oravaisten ryhmä- ja perheryhmäkoti  
Johtaja  
Lisbeth Näsman  
PL 12  
66801 ORAVAINEN  
Puh.: 06-385 1123  
Fax: 06-385 0851  
s-posti: lisbeth.nasman@oravais.fi

Perniön ryhmäkoti  
Perniön vastaanottokeskus  
25610 YLÖNKYLÄ  
Puh.: 02-727 7521  
Fax: 02-732 6393  
s-posti: jorma.kuuluvainen@mol.fi  
Kotisivu:



Turun Ensikotiyhdistys/perheryhmäkoti  
Johtaja  
Maija Jäntti  
Luolavuorentie 7  
20810 TURKU  
Puh.: 02-513 4100  
Fax: 02-513 4150  
s-posti: maija.jantti@turunensi-jaturvakotiry.fi  
Kotisivu:

Ylöjärven ryhmä- ja perheryhmäkoti  
Johtaja  
Raija Järvinen  
Heinitie 1-3 as. 2  
39160 JULKUJÄRVI  
Puh.: 03-349 5918 03-349 0399  
Fax: 03-349 5919  
s-posti: raija.jarvinen@ylojarvi.fi  
Kotisivu:  
30.11.2004

- 2005: 1 Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syynä - ajatuksia ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta.  
ISBN 952-00-1593-0  
ISBN 952-00-1678-3 (PDF)
- 2 Anna-Liisa Salminen, Pirjo-Liisa Kotiranta. Eletään hyvää elämää. Itse. Kansallinen ITSE-hanke apuvälineosaamista ja –palveluja kehittämässä.  
ISBN 952-00-1611-2 (nid.)  
ISBN 952-00-1612-0 (PDF)
- 3 Asko Rauta. Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta. (Julkaistaan ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-1666-X (nid.)  
ISBN 952-00-1667-8 (PDF)
- 4 Erkki Paara. Vammaispalvelujen järjestäminen ja osaaminen. Selvitys vammaislakien yhdistämisestä.  
ISBN 952-00-1636-8 (nid.)  
ISBN 952-00-1637-6 (PDF)
- 5 Työsuojelustrategian seurantaraportti 2004.  
ISBN 952-00-1699-6 (nid.)  
ISBN 952-00-1700-3 (PDF)
- 6 Helena Piirainen et al. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutus ja käyttö vuonna 2003.  
ISBN 952-00-1701-1 (nid.)  
ISBN 952-00-1702-X (PDF)
- 7 Petri Virtanen, Jarkko Tonttila. Palvelujärjestelmä toimivaksi. Seutukunnallisten kehittämishankkeiden ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämiskokeilujen arviointi.  
ISBN 952-00-1707-0 (nid.)  
ISBN 952-00-1708-9 (PDF)
- 8 Asko Suikkanen, Ritva Linnakangas, Minna Harjajärvi, Maria Martin. Kokeilusta KIPINÄÄ. Keski-ikäisten pitkäaikaistyöttömien kuntoutuskokeilun arviointi.  
ISBN 952-00-1722-4 (nid.)  
ISBN 952-00-1723-2 (PDF)
- 9 Hanna Jurvansuu, Pekka Huuhtanen. Työolojen kehitys työsuojeluhallinnon painoalueilla 1997-2003.  
ISBN 952-00-1719-4 (nid.)  
ISBN 952-00-1726-7 (PDF)
- 10 Olli Oosi, Petri Virtanen, Jarkko Tonttila. Työ tekijäänsä kiittää. Työolojen kehittämishankkeiden arviointi.  
ISBN 952-00-1746-1 (nid.)  
ISBN 952-00-1747-X (PDF)
- 11 Anna-Mari Ruonakoski, Sakari Somerpalo, Juha Kaakinen, Riitta Kinnunen. Esteettömyys ja ikääntyneiden palvelutarve.  
ISBN 952-00-1750-X (nid.)  
ISBN 952-00-1751-8 (PDF)

12 Arbetarskyddsstrategins uppföljningsrapport 2004.

ISBN 952-00-1758-5 (inh.)

ISBN 952-00-1759-3 (PDF)

13 Occupational Safety and Health Strategy. Follow-up Report 2004.

ISBN 952-00-1760-5 (print)

ISBN 952-00-1761-5 (PDF)